

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*“Manual de intervención psicosocial, en el periodo crítico y
poscrítico de un desastre dirigido a brigadistas
una aproximación desde el modelo cognitivo conductual”*

Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de
Licenciatura en Psicología

Silvia Umaña Álvarez
Auria Zárate Montero

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

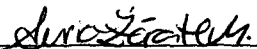
2014

Manual de intervención psicosocial, en el periodo crítico y
poscrítico de un desastre dirigido a brigadistas
una aproximación desde el modelo cognitivo conductual



Silvia Umaña Alvarez

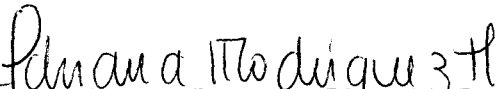
Sustentante



Auría Zárate Montero

Sustentante

Este proyecto de graduación fue presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica como requisito parcial para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, y fue aprobado por los siguientes miembros del tribunal examinador:




M.Sc. Adriana Rodríguez Fernández

Presidente del tribunal



Licda. Cristina Matamoros Calvo

Profesora invitada



Dr. Ronald Ramírez Henderson

Director



Dra. Ana María Jurado Solórzano

Lectora



Licda. Lorena Sáenz Segreda

Lectora

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios.

Infinita gratitud para mi compañera de tesis y al equipo asesor por su paciencia y acompañamiento durante el proceso.

A mí amada familia por todo su apoyo, presencia y aliento.

A mis hijos por todos los espacios de tiempo en los que me cedieron.

A mis amigos(as) por sus palabras de ánimo en el camino.

A todos los que nos aportaron su tiempo, sugerencias y observaciones para construir esta tesis.

Silvia Umaña Álvarez

Un enorme agradecimiento al señor Dios que me ha llenado de bendiciones, principalmente esta, ya su amor infinito me permite seguir día a día.

A mi compañera, por su sinergia, constancia y motivación para lograr este gran proyecto.

A mi familia y amigos, quienes pacientemente han estado ahí acompañándome, apoyándome, brindándome una palabra de fortaleza para seguir, con la certeza de saber que por más largo que sea el camino están allí.

Al equipo asesor, que nos guió durante este proceso.

Auria Zárate Montero

ÍNDICE GENERAL

HOJA DE APROBACIÓN	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO REFERENCIA.....	4
1. Antecedentes	4
1.1. <i>Antecedentes indirectos</i>	4
1.2. <i>Antecedentes directos</i>	6
1.3. <i>Balance Crítico</i>	9
2. Marco Conceptual	10
2.1. <i>Modelo cognitivo conductual</i>	10
2.1.1. <i>Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Aspectos esenciales.</i>	12
2.1.2. <i>Terapia Cognitiva. Aspectos esenciales.</i>	15
2.1.3. <i>Integración de posturas</i>	18
2.2. <i>Enfoque comunitario</i>	19
2.3. <i>Concepto de Desastre y Enfoque de Gestión del Riesgo</i>	22
2.3.1. <i>Gestión del Riesgo</i>	25
2.4. <i>Salud mental</i>	28
2.4.1. <i>Salud mental comunitaria</i>	29
2.4.2. <i>Salud mental en desastres</i>	31
2.5. <i>Enfoque de Derechos y Principios éticos</i>	33
2.5.1. <i>Niñez y adolescencia</i>	35
2.5.2. <i>Adulthood Mayor</i>	36
2.5.3. <i>Personas migrantes</i>	39
2.5.4. <i>Personas en condición de discapacidad</i>	40
2.5.5. <i>Género</i>	42
2.6. <i>Respuestas psicológicas ante los desastres</i>	43
2.6.1. <i>Trauma</i>	44
2.6.2. <i>Pérdida</i>	45
2.6.3. <i>Crisis</i>	48
2.6.4. <i>Estrés</i>	50
2.6.4.1. <i>Respuesta fisiológica del organismo al estrés</i>	55
2.6.4.2. <i>Tipos de estrés</i>	57
2.7. <i>Intervención</i>	60
2.7.1. <i>Intervención en crisis</i>	61
2.7.1.1. <i>Atención de primera instancia</i>	62
2.7.1.2. <i>Atención de segunda instancia</i>	63
2.7.2. <i>Intervención psicosocial</i>	65
III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	69

1. Problema de investigación	69
2. Objetivos	70
2.1. <i>Objetivo general</i>	70
2.2. <i>Objetivos específicos</i>	70
IV. METODOLOGÍA.....	71
1. Tipo de estudio.	71
2. Población.....	71
2.1. <i>Criterios de inclusión de las(os) expertas(os)</i>	72
2.2. <i>Criterios de inclusión de las(os) brigadistas y exbrigadistas</i>	72
3. Instrumentos de recolección de la información.....	73
3.1. <i>Guía de entrevista</i>	73
3.1.1. <i>Guía de entrevista a expertas(os)</i>	73
3.1.2. <i>Guía de entrevista para los(as) brigadistas y exbrigadistas</i>	74
3.2. <i>Instrumento de validación del manual</i>	75
4. Procedimiento de recolección y sistematización de los datos.....	75
4.1. <i>Fase 1. Revisión bibliográfica</i>	76
4.2. <i>Fase 2. Entrevistas</i>	77
4.3. <i>Fase 3. Elaboración del Manual</i>	78
4.4. <i>Fase 4. Validación de las(os) expertas(os) y brigadistas</i>	79
5. Precauciones para proteger a las personas que participarán en la investigación.....	80
6. Limitaciones en la realización de la investigación	80
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	82
1. Resultados de la revisión bibliográfica	82
2. Resultados de las entrevistas a expertas(os).....	83
3. Resultados de las entrevistas a exbrigadistas y brigadistas.....	85
3.1. <i>Entrevistas a exbrigadistas</i>	85
3.2. <i>Entrevistas a brigadistas</i>	87
4. Elaboración del manual.....	88
5. Resultados de la validación del manual	90
5.1. <i>Validación por el Comité Asesor</i>	90
5.2. <i>Validación de las(os) expertas(os)</i>	91
5.3. <i>Validación de los(as) brigadistas</i>	95
6. Manual de Intervención Psicosocial en Desastres de la Brigada de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres de la Universidad de Costa Rica.	99
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	283
1. Conclusiones	283
2. Recomendaciones	286
VII. BIBLIOGRAFÍA	291
VIII. ANEXOS	303
Anexo 1. Fórmula de consentimiento informado para expertos.	303

Anexo 2. Fórmula de consentimiento informado para ex brigadistas.	306
Anexo 3. Fórmula de consentimiento informado para estudiantes brigadistas.....	309
Anexo 4. Protocolo de entrevista para expertos.....	312
Anexo 5. Protocolo de entrevista para exbrigadistas.....	314
Anexo 6. Protocolo de entrevista para brigadistas.	318
Anexo 7. Cuadro de análisis de la revisión bibliográfica	322
Anexo 8. Datos generales de las(os) expertas(os).....	334
Anexo 9. Respuestas de	335
Anexo 10. Datos generales de las(os) exbrigadistas.	344
Anexo 11. Datos generales de las(os) brigadistas.	345
Anexo 12. Respuestas de las(os) exbrigadistas y brigadistas.	346
Anexo 13. Instrumento de Validación para Expertas(os).....	350
Anexo 14. Instrumento de Validación para Brigadistas.	353

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Creencias irracionales más comunes.....	13
Figura 2. Modelo ABCDE.....	14
Figura 3. Fases del desastre.	24
Figura 4. Reacciones ante la pérdida	47
Figura 5. Pirámide de Intervención para salud mental y apoyo psicosocial en emergencias	65
Figura 6. Elementos de los niveles de intervención.	67

RESUMEN

Umaña A., S., Zárate M., A. (2014) *Manual de intervención psicosocial, en el periodo crítico y poscrítico de un desastre dirigido a brigadistas: una aproximación desde el modelo cognitivo conductual*. San José, Costa Rica, p.173, p.160.

El presente trabajo final de graduación tiene por objetivo recabar los insumos necesarios para la elaboración de un manual de intervención psicosocial dirigido a estudiantes avanzados de la carrera de psicología, miembros de la Brigada de Atención Psicosocial en Emergencias y Desastres, para la intervención psicosocial en el período crítico y poscrítico con población afectada por una situación de desastre desde una aproximación cognitivo conductual emocional.

Para ello se identificaron los aspectos teóricos básicos de la intervención psicosocial desde una aproximación cognitivo conductual emocional, se describieron las pautas de intervención psicosocial en situaciones de desastres, según las diferentes poblaciones y etapas de la intervención, se determinaron las habilidades y principios éticos necesarios para la intervención psicosocial en la atención de desastres, realizada por estudiantes voluntarios(as) y estableció las diferentes tareas según los escenarios de trabajo en los que se desenvuelven las actividades de la Brigada.

El manual se elaboró a partir de la revisión bibliográfica, la realización de entrevistas y la sistematización, clasificación y análisis de toda esta información; para finalmente se validó por el criterio de expertas(os) y brigadistas. Lo que dio como resultado el Manual de Intervención Psicosocial en Desastres de la Brigada.

El contenido del manual inicia con una *sección introductoria* en la que se describe la naturaleza y estructura de la Brigada de Apoyo Psicosocial, su marco normativo y jurídico y el perfil de los usuarios del manual. En el *primer capítulo* se realiza un recorrido teórico sobre los conceptos utilizados en la atención de desastres y los cuales son el sustento teórico de este manual. El *segundo capítulo* recopila el impacto psicológico de los desastres empezando por las reacciones iniciales en las primeras horas después del evento para luego describir una a una las reacciones posteriores.

En el *tercer capítulo* contiene elementos para la evaluación comunitaria, la evaluación conductual y el diagnóstico diferencial. El *cuarto capítulo* contiene estrategias de intervención utilizadas por la Brigada y describe cómo realizar intervenciones comunitarias, grupales e individuales. En el *quinto capítulo* se profundiza sobre las recomendaciones para el trabajo dentro de la Brigada como las orientaciones para el trabajo de campo. Finalmente se dedica una sección al autocuidado que contiene material informativo sobre los factores de riesgo a los que se exponen los brigadistas y algunas recomendaciones para el cuidado de la salud mental de los mismos.

I. INTRODUCCIÓN

Las situaciones de emergencia y desastres tienen la posibilidad de presentarse en cualquier país del mundo (Campos, Sáenz, Salas, 2001; Cohen & Ahearn, 1990; OPS, 2007). Costa Rica no se escapa de la presencia de ellos, lo cual ha puesto a prueba su capacidad de respuesta. A partir de los alcances que se han dado en esta materia, existe una ley que respalda el trabajo por realizar e involucra la participación de las Instituciones Estatales, para trabajar de manera interdisciplinaria. Dicha ley es la N° 8488 para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y /o Emergencias (Asamblea Legislativa, 2006).

En el caso concreto de la Universidad de Costa Rica, en su Estatuto Orgánico (UCR, 2006; art. 3) se señala que debe cumplir con la promoción del bien común y desarrollo integral de la universidad y mostrarse como una comunidad generadora de transformación. Para el año 1989, con la atención del Huracán Juana, se forma la Brigada de Atención Psicosocial en Emergencias y Desastres, enmarcada en el programa de extensión docente de la Escuela de Psicología, código ED-74, inscrito en la Vicerrectoría de Acción Social.

La Brigada ha participado en la atención de emergencias y desastres involucrando el trabajo de docentes y estudiantes avanzados de la carrera de Psicología. De las principales intervenciones que ha realizado la Brigada, ha sido atender en los primeros momentos de la emergencia, brindando una intervención temprana y eficaz, así pudiendo evitar el desarrollo

de una afectación psicológica mayor, para lo cual el manejo de los Primeros Auxilios Psicológicos ha sido la prioridad para todo(a) Brigadista (Sáenz & Jurado, 2010).

En este momento la Brigada no cuenta con un Manual de Intervención que sirva como herramienta de trabajo en el campo para sus estudiantes brigadistas. Asimismo, la Escuela de Psicología ha identificado las necesidades de la Brigada y ha propuesto que se sistematicen sus aportes y experiencias lo que fortalece su accionar. Una forma de apoyar dicha iniciativa es la elaboración de un manual de intervención psicosocial, dirigido a los(as) estudiantes avanzados de psicología brigadistas o aspirantes a la Brigada, con el cual puedan aumentar la eficacia y calidad de su trabajo en el campo.

La elaboración del presente manual se realizó a partir de una extensa revisión bibliográfica relacionada con la atención psicosocial en desastres, con las especificaciones necesarias para cada una de las poblaciones posiblemente afectadas. Dado que no toda la información fue encontrada de forma escrita, se realizaron entrevistas a tres poblaciones: a) expertas(os) en el tema de atención psicológica en desastres, b) estudiantes exbrigadistas y c) estudiantes miembros activos de la Brigada. Las entrevistas que se realizaron a estos dos últimos grupos son a razón de adecuar el manual a la población meta, según sus posibilidades y las circunstancias presentes en el campo de trabajo.

Cuando se atiende un desastre, las ayudas principalmente están dirigidas a reducir la mortalidad de las personas afectadas, verificar que su salud física esté en buen estado, que reciban los medicamentos apropiados, que reciban una alimentación saludable, y que pueda, en la medida de lo posible, recobrar las pertenencias perdidas (Mata, 2008; OPS, 1996). Estas ayudas refieren a aspectos concretos, físicos y tangibles. Sin embargo, el dolor humano, el significado de las pérdidas, sentimientos, emociones, y pensamientos, no son tangibles desde un modelo de atención tradicional (Beristain, 2000; OPS, 2002). Estos

aspectos relacionados con las emociones humanas pueden ser claramente abordados desde la psicología. Además de esto, el dolor humano toca a cada una de las personas que están ayudando en la atención, es decir que los(as) voluntarios(as) se pueden ver identificados y vulnerados, para evitar situaciones incómodas en ambas partes (quien ayuda y quien recibe la ayuda) es necesario tener un entrenamiento personal así como con equipo de trabajo que pueda respaldar, acompañar y apoyar la intervención que se realice (Valero, 2002).

Por otro lado, la revisión de manuales internacionales ha permitido visualizar la importancia que tiene este tipo de manual en el trabajo de campo para la atención de la emergencia, fortaleciendo la importancia de la elaboración del presente manual.

La relevancia psicológica que tiene la elaboración de este manual radica en la posibilidad que tiene cada estudiante voluntario(a), a partir de sus habilidades y destrezas desarrolladas, pueda articular una evaluación certera de la persona afectada por el desastre y, de esta forma, actuar efectivamente en favor de la salud mental de la misma. La profesionalización por la que pasan los(as) estudiantes les permite dar un trabajo de alta calidad, respetuoso, comprometido y efectivo.

II. MARCO REFERENCIA

A continuación se presenta una revisión de antecedentes desarrollados a nivel internacional y nacional, referentes a investigaciones vinculadas directa e indirectamente con el fenómeno en estudio. Posteriormente, se presenta el marco conceptual, en el que se desarrolla una serie de conceptos relacionados con el contenido del Manual, como los son el modelo cognitivo conductual, el modelo conceptual de los desastres, la gestión del riesgo, salud mental, enfoque de derechos y el impacto psicológico de los desastres, e intervención en desastres.

1. Antecedentes

1.1. Antecedentes indirectos

Se toman como antecedentes indirectos aquellos documentos que permiten obtener un punto de partida para la elaboración de un manual, a nivel metodológico, pero que directamente no tiene relación con el tema de estudio.

Para el material bibliográfico nacional seleccionado, la búsqueda se realizó en la base de datos del Sistema de Información, Bibliotecas y Documentación (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica, en la cual se encontraron trabajos finales de graduación que consisten en la elaboración de un manual o una guía de intervención, en los que desarrollaron una amplia variedad de temas, y poblaciones beneficiadas (por ejemplo personas con cáncer, estrés, fobias) y poblaciones a las que se dirigen estos trabajos (padres y madres de familia, profesionales en psicología, personal docente, entre otros). Se encontraron treinta y un manuales elaborados en el área de Psicología. Es importante

evidenciar que el principal paradigma teórico utilizado para la elaboración de dichos manuales, es el *cognitivo conductual emocional*.

Entre los temas trabajados se pueden encontrar: *condiciones médicas difíciles* (Abarca, 2004; Blanco, 2009; Bolaños & Herrera, 2002; Calderón & Sancho, 2005; Carmona & Viquez, 2002; Cuenca & Leiva, 2004; Espinoza & Pérez, 2010; Garita, 2004; Lara, 2002; Mata & Sáenz, 2003), *psicología laboral* (Blanco, 2008; Bolaños, 2009; García & Mata, 2001; Madriz, 2010; Montero & Sancho, 1993; Quirós, 2008), *capacitación o entrenamiento en técnicas y/o habilidades* (Bonilla, 2004; Castro & Morales, 1997; Quirós, 2002), *afrentamiento a los cambios de vida* (Brenes & Calderón, 2006; Mora & Solano, 2000; Sánchez, 2002), y se ha trabajado en menor escala las temáticas de *trastornos alimenticios* (Roldán, 2001; Valerio, 2002), *violencia intrafamiliar* (Montero, 2006; Pérez, 2009), *mejoramiento del ámbito escolar* (Agüero, 2006; Rojas, 2007), *adicciones* (Cartín & Masís, 2001), *modificación de conducta en habilidades sociales* (Araya & Salas, 2004) y *salud mental en situaciones de desastre* (Mc Quiddy; 2006).

La búsqueda de los antecedentes internacionales se realizó en la base de datos de la Biblioteca Virtual del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) y la Biblioteca Virtual de Salud para Desastres de la Organización Panamericana de la Salud. Se toman como antecedentes indirectos internacionales, los documentos que desarrollan temáticas relacionadas con el presente estudio (salud mental, atención psicosocial en desastres, atención psicológica), pero son dirigidos a otras poblaciones más allá de profesionales en salud mental, y no son manuales, si no materiales didácticos en su mayoría.

Dentro de lo encontrado caben destacar, cuatro documentos: el manual de *Salud Mental para víctimas de desastres, manual para instructores* elaborado por Cohen (1999); el *Manual de Intervención Psicosocial en Situaciones de Desastres* (2001), del Centro de Investigación, Desarrollo y Enseñanza de Permacultura (CIDEP); el *Manual de Apoyo Psicosocial para el Voluntario Promotor Comunitario* (2008), elaborado por la Cruz Roja Ecuatoriana; y el manual de *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: guía para equipos de respuesta*, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010).

En estos manuales se desarrollan la temática de apoyo comunitario, evaluación de las necesidades psicosociales y la salud mental, atención psicosocial y el diseño de planes de acción; buscan generar procesos de formación en diferentes grupos para una respuesta eficiente ante casos de desastres. Estos manuales están dirigidos a trabajadores de socorro, docentes, técnicos de organizaciones no gubernamentales, cruz rojistas voluntarios(as), líderes comunitarios y sociedad civil (CIDEP, 2001; Cohen, 1999; Cruz Roja Ecuatoriana, 2008; OPS, 2010). Sin embargo, se encontraron vacíos ante las temáticas de enfoque de género, derechos, ni autocuidado en los equipos de atención, además de que el contenido que proveen es escueto. Por estas razones es que se han considerado como antecedentes indirectos.

1.2. Antecedentes directos

Los antecedentes directos, se refieren a los trabajos que se han realizado previamente que se relacionan directamente con la temática. Con respecto a los antecedentes nacionales, se seleccionó el material que según su relación directa con la intervención psicológica en situaciones de desastre. Esta temática se encontraron dos documentos a nivel nacional, uno se extrajo de la base de datos del Sistema de Información,

Bibliotecas y Documentación de la Universidad de Costa Rica y el otro se nos entregó en una supervisión.

El trabajo más relacionado con nuestro manual es el realizado por Mc Quiddy (2006), que consiste en la elaboración de una Guía de intervención psicoafectiva dirigida a personal no especializado en salud mental, para atender niñas y niños víctimas de un desastre. Se especifica que el personal no especializado son: docentes, trabajadores de atención primaria en salud y/o agentes comunitarios y socorristas. El enfoque de derechos del que parte Mc Quiddy (2006) es muy importante en el trabajo de atención que se le brinda a la población menor de edad, pues a través de las propuestas de intervención que desarrolla en su tesis establece una clara diferencia en la atención de esta población. En esta etapa del desarrollo, es esperable que las niñas y los niños tengan mayor vinculación con sus docentes y es justo este personal es el que puede contener, acompañar y apoyar el proceso por el que pasa cada niña y/o niño posterior al desastre.

El otro trabajo fue realizado por Pastoral Social-Cáritas de Costa Rica (2011) y es un Manual de Gestión del Riesgo de Desastres dentro del cual se detallan muy bien las bases éticas, normativas y jurídicas del trabajo de las brigadas en nuestro país, así como una amplia y sólida base teórica sobre los desastres y la gestión del riesgo. Posteriormente desarrolla los elementos clave de la respuesta en asistencia humanitaria y algunos instrumentos de evaluación para la primera respuesta en el ámbito comunitario.

Para la búsqueda del material bibliográfico internacional se utilizó la base de datos de la Biblioteca virtual del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) y la Biblioteca virtual de Salud para Desastres de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los manuales encontrados se centran en las temáticas de atención primaria en salud,

salud mental, atención psicosocial (restauración comunitaria), intervención psicológica, y el fortalecimiento de los agentes de ayuda humanitaria.

En el caso del *Manual de la atención de Salud Mental para víctimas de desastres*, elaborado por los autores Cohen y Ahearn (1990), se expone claramente que su propósito es proporcionar ayuda a los administradores, profesionales y practicantes de salud mental en la planificación del diseño y ejecución de servicios de salud mental eficaces. Sin embargo, es un material desactualizado (por ejemplo, utilizaba el término damnificado).

El manual de *Protección de la Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias (2002)*, de la OPS, desarrolla los conceptos de salud mental y atención en desastres, así como los conceptos de violencia y terrorismo. Toma en cuenta, el enfoque de género hacia el sector femenino y la niñez, pero las demás poblaciones se dejan de lado, así como el tema del auto cuidado. El objetivo del manual se enfoca, sobre todo, al trabajo comunitario, para actuar en el período agudo o crítico de la emergencia.

La *Guía práctica de salud mental en desastres (2006)*, elaborado por la OPS, proporciona las pautas para la primera ayuda psicológica, toma en cuenta las especificaciones para la población menor de edad, así como la protección a la salud mental de los equipos de respuesta. Esta guía promueve el uso del EDAN, instrumento que mide las condiciones sanitarias, la valoración del estado de los establecimientos de salud (incluyendo salud mental) y su capacidad funcional de respuesta. Este tipo de valoración compete a otros entes institucionales y profesionales.

El manual de *Salud mental y desastres: intervención en crisis, pautas para equipos de respuestas, OPS, (2007)*, se retoma el impacto psicosocial de los desastres y las emergencias (trastornos de salud mental más frecuentes en las personas afectadas) así como

la forma de atenderlo (intervención en crisis). Sin embargo, no incluye especificaciones para población con discapacidad, enfoque de género ni enfoque de Derechos.

El manual *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?*, elaborado por Inter-Agency Standing Committee (2010), igualmente trabaja atención primaria en salud, coordinación y evaluación de la salud mental, aunado a la atención de enfermedades mentales y su medicación, promueve que la atención psicológica y psiquiátrica sea accesible, procurando el bienestar psicosocial de las personas afectadas y la prevención de enfermedades mentales a partir de la atención primaria de salud mental.

1.3. Balance Crítico

Los antecedentes nacionales han permitido aclarar el panorama bibliográfico con respecto a la elaboración de manuales, además de proporcionar ejemplos de validación empírica (Abarca, 2004; Cuenca & Leiva, 2004) y validación por expertos (McQuiddy, 2006; Pérez, 2009). Esto resulta importante para la actual investigación, ya que permite definir el tipo de validación a utilizar, siendo la validación por expertos la que tiene más aplicabilidad para la elaboración del presente manual.

Es importante destacar que los antecedentes internacionales proporcionan una amplia información sobre cómo se debe realizar una intervención psicológica posterior a un desastre, promueven la intervención por etapas con sus objetivos terapéuticos respectivos, resaltando la importancia de la atención en las primeras horas posteriores a un desastres, así como las diferencias en la intervención con población menor de edad y adultos mayores.

Por otro lado, desarrollan temáticas como salud mental (atención, protección y promoción), apoyo psicosocial, primeros auxilios psicológicos, auto ayuda comunitaria,

entre otros. Sin embargo, se encontraron vacíos en las temáticas de enfoque de género, población con discapacidad, autocuidado para equipos de atención. De manera que, el manual por elaborar pretende integrar tanto las intervenciones específicas para las diferentes poblaciones afectadas, la primera ayuda psicológica necesaria, los diferentes enfoques, así como el autocuidado, llenando así los vacíos encontrados.

2. Marco Conceptual

Para la elaboración del presente marco conceptual se presentan una serie de definiciones, conceptos y explicaciones teóricas relacionadas directamente con la atención psicológica en situaciones de desastres. Se expone el modelo cognitivo conductual como el modelo psicológico base para el presente trabajo, el enfoque de gestión del riesgo y el concepto de desastres, el enfoque de salud mental que se presenta como eje transversal de intervención. Seguidamente, se presentan el enfoque de derechos y principios éticos como segundo eje transversal, se mencionan las respuestas psicológicas ante un desastre como son el trauma, la pérdida, la crisis y el estrés, y por último la intervención en crisis e intervención psicosocial.

2.1. Modelo cognitivo conductual

El modelo Cognitivo Conductual se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente, que tiene por objeto el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la(s) conducta(s) y emociones desadaptativa(s) aprendidas anteriormente, para modificarlas y adquirir nuevas a través de un proceso constructivo de enseñanza aprendizaje y que estas lleguen a ser adaptativas (Lega, Caballo y Ellis, 2002; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual se han desarrollado las Técnicas de Reestructuración Cognitiva las cuales se centran “en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados, o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.66). Así como de las percepciones, las creencias, expectativas, atribuciones, interpretaciones y autoinstrucciones que en gran medida son responsables de los problemas de las personas, ya que “destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta” (Méndez, Olivares y Moreno, 1998, p.410).

Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan a pensar de manera funcional/adaptativa, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Dentro del modelo cognitivo conductual se encuentran distintas propuestas teórico-prácticas, de las cuales se describirán a continuación: la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck.

Se toman en cuenta estas propuestas dado que destacan el papel de los procesos cognitivos-emocionales en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, y que además brindan herramientas eficaces para trabajar dichos procesos que median las emociones y las conductas, que pueden surgir en momentos de ansiedad, estrés o conflictos, tal como puede suceder en situaciones de desastres (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

2.1.1. *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Aspectos esenciales.*

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) tuvo sus inicios en el año 1958 (Lega, Caballo y Ellis, 2002), la cual se extendió y es una de las terapias psicológicas más utilizadas. Dentro de sus referentes principales está que ninguna de las funciones básicas, es decir: sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar, se experimentan de forma aislada. Para la TREC “tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias del individuo” (Lega, Caballo y Ellis, 2002, p.18). Que también tiene un impacto en la fisiología de la persona.

Estas creencias que tiene la persona pueden llegar a ser irracionales y generarle perturbación emocional, dichas creencias “siguen un orden lógico en relación con los hechos asociados al evento que perturba. Las ideas están mediatizadas por la manera en que una persona construye un evento, por sus creencias personales e influyen en las emociones” (Murillo, 2009, p.29). Pueden estar formadas a partir del aprendizaje recibido dentro de la familia, instituciones sociales, así como la sociedad en general, aprendiendo una serie de ideas supersticiosas o sin sentido, de forma que las consecuencias de estas son el origen fundamental de las perturbaciones emocionales que aquejan a las personas (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). A continuación se detalla un listado de algunas de las creencias irracionales más comunes y las alternativas racionales correspondientes:

Creencias irracionales (desadaptativas)	Creencias racionales (adaptativas)
<i>“Es terrible, horrible y catastrófico cuando las cosas no van como nosotros quisiéramos.”</i>	Es muy grave cuando las cosas no van como nos gustaría que fueran y deberíamos intentar cambiarlas o controlar las situaciones incómodas. Cuando ello no sea factible, lo mejor sería aceptar su existencias y dejar de decirse a uno mismo lo terribles que son.

<i>“Gran parte de la desdicha humana tiene una causa externa y se impone a uno por personas y acontecimientos externos.”</i>	La desdicha humana está causada o sostenida por la visión que se tiene de las cosas, más que por las cosas mismas.
<i>“Por haber sido afectado intensamente una vez por algo, mi vida quedará afectada indefinidamente.”</i>	Debería aprender de las propias experiencias pasadas pero no estar pendiente de ellas o con prejuicios.
<i>“Tiene una importancia vital para nuestras existencia lo que las otras personas hacen; deberíamos hacer grandes esfuerzos para cambiarlas en la dirección que quisiéramos que fuera.”</i>	Los defectos de los demás son en gran medida sus problemas y hacer presión sobre ellos para que cambien es normalmente menos probable que les ayude en ese sentido.
<i>“Uno no tiene prácticamente ningún control sobre sus emociones y no puede evitar sentir ciertas cosas.”</i>	Se tiene control enorme sobre las propias emociones si se elige trabajar en su control y practicar diciéndose el tiempo correcto de frases.

Figura 1. Creencias irracionales más comunes. Fuente: Méndez, Olivares y Moreno, 1998, p.431.

Teniendo en cuenta esta lista anterior de posibles creencias irracionales, la forma en que se explican los problemas y perturbaciones emocionales que generan, es a partir de la forma como el individuo piensa, interpreta su ambiente, sus consecuencias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general. La terapia usa el modelo ABC, al presentarse un acontecimiento activante (A) experimentado por el individuo este construye creencias (B) sobre sí mismo, con base a estas el individuo desarrolla las consecuencias (C), que son resultados directos de la interpretación que el mismo realiza del acontecimiento inicial (Lega, Caballo y Ellis, 2002, p.20).

Las creencias pueden ser racionales (rB) o irracionales (iB), las consecuencias pueden ser emocionales (Ce) y (Cc). Entre las emociones que Ellis y Abrahms (2005) catalogan como apropiadas están: la preocupación, la tristeza, el enojo, el remordimiento, el pesar y la frustración; entre las que consideran perturbadoras están: la ira, la culpa y la vergüenza.

Ellos plantean el modelo ABCDE, en el que las creencias irracionales se reemplacen por racionales a través del cuestionamiento o debate (D), promoviendo que la persona aprenda a evaluar sus creencias irracionales debatiéndolas por medio de cuestionamientos de tipo cognitivo, conductuales o de la imaginación y lo que da como resultado una respuesta más adaptativa y saludable con un efecto E visible a nivel emocional y cognitivo, un efecto resultante a partir de proceso constructivo (Ellis y Abrahms, 2005). Conforme se pongan en aprueba las creencias estas se modifican y se crean otras. En el siguiente modelo se puede observar claramente el modelo ABCDE¹.

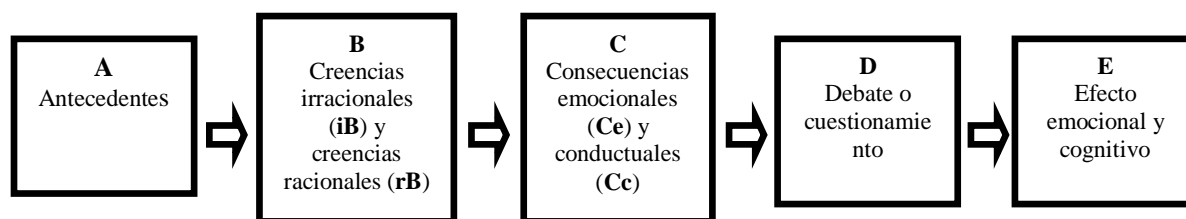


Figura 2. Modelo ABCDE. Fuente: Ellis y Abrahms, 2005.

La propuesta de este esquema explicativo de la construcción de creencias tiene una alta relevancia dentro del modelo cognitivo conductual ya que facilita la comprensión del proceso cognitivo y permite modificar las creencias irracionales que tiene la persona.

¹ El nombre del modelo se encuentra en inglés: A. Activating event, B. Belief system, C. Emotional Consequences of A and B, D. Disputing irrational thoughts and beliefs, y E. Cognitive and Emotional effects of revised beliefs.

Además de esta propuesta el modelo cognitivo conductual incorpora el modelo cognitivo propuesto por Aaron Beck, que se describe a continuación.

2.1.2. *Terapia Cognitiva. Aspectos esenciales.*

Aaron Beck fue el creador de la terapia cognitiva, “cuyos orígenes se remontan a 1956” (Badós, 2011, p.517) y que propone que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de los sujetos. Los sentimientos están determinados por la forma en que las situaciones son interpretadas y no por las situaciones en sí (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Beck desarrolló conceptos base para explicar el modelo cognitivo sobre el desajuste emocional y/o conductual, estos conceptos son: las **creencias centrales**, las **creencias intermedias**, los **pensamientos automáticos**, las **distorsiones cognitivas** y, específicamente en la depresión, la **triada cognitiva** (Beck, 2002; Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Estos conceptos se describen a continuación:

- Las **Creencias centrales**, son creencias son globales, rígidas y generalizadas, son el nivel más esencial de la creencias, además de ser patrones cognitivos estables (Beck, 2002). Algunos autores se refieren a ellas como **Esquemas** (Beck, 2000). Son aquellas ideas “fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”” (p.34), y a partir de ellas se pueden llevar a distorsionar las situaciones para que se ajusten a dichas creencias (Beck, 2002).
- Las **Creencias intermedias**, estas tienen lugar entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos. Están compuestas por reglas, actitudes y presunciones

tanto positivas como negativas, y son más maleables que las creencias centrales (Beck, 2000).

- Los **Pensamientos automáticos**, son palabras e imágenes que tiene la persona, “son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición” (Beck, 2000, p.34). Estos son cogniciones negativas que se caracterizan por aparecer de forma refleja, sin razonamiento de por medio; ser irracionales e inadecuadas; la persona considera que son válidas y aceptables, y parecieran ser involuntarias, ya que cuesta detenerlas. Estas se pueden presentar, también, en forma de imágenes “que resumen en sí mismas toda cadena de pensamientos automáticos” (Méndez, Olivares y Moreno, 2012, p.417).
- Las **Distorsiones cognitivas**, son los errores sistemáticos en el procesamiento de la información, que suponen una aplicación rígida e inapropiada de esquemas preexistentes lo que lleva a respuestas desadaptativas (Méndez, Olivares y Moreno, 2012). Entre los más frecuentemente citados están:
 - ✓ La *inferencia arbitraria*, se tiende a sacar conclusiones precipitadas e impulsivas, basadas en información incompleta o errónea, incluso contrarios a la evidencia objetiva. Se han distinguido dos tipos frecuentes de inferencia arbitraria (Badós y García, 2010; Méndez, Olivares y Moreno, 1998):
 - ✓ La *lectura de la mente*: creer saber lo que el otro(a) está pensando o lo que significa su comportamiento. (Badós y García, 2010; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).
 - ✓ El *error del adivino*
 - ✓ : creer que las cosas que se anticipan serán ciertas, aunque no haya evidencia objetiva para asegurar ello (Badós y García, 2010; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

- ✓ La *sobregeneralización* o *generalización excesiva*, se da cuando se establecen conclusiones generales a partir un caso específico a toda clase de experiencias, situaciones, cosas o personas. A estos últimos, ya sea sí mismo u otras personas, se les coloca etiquetas generales en lugar de hablar sobre conductas concretas, lo que se le llama *etiquetación* (Beck, 2002; Badós y García, 2010).
- ✓ La *maximización*, *magnificación* o *exageración* y la *minimización*; son dos errores cognitivos distintos pero relacionados, dado que se magnifican el significado o importancia de los errores propios, los acontecimientos, conductas propios y de los demás. De igual forma esto se presenta al contrario minimizando los acontecimientos y conductas propias y de los otros. Se da también la *descalificación de lo positivo*, que significa restarle importancia a los aspectos positivos de las personas o las cosas o transformarlos en algo negativo (Beck, 2002; Badós y García, 2010; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).
- ✓ La *abstracción selectiva*, se toman en cuenta algunos aspectos de situaciones multifacéticas, obviando los demás detalles, así como el panorama completo, lo que sesga la información obtenida (Beck, 2002; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).
- ✓ El *pensamiento absolutista* o *pensamiento dicotómico* o *razonamiento dicotómico*, consiste en calificar las experiencias en dos posibilidades o categorías opuestas y dicotómicas: “todo o nada”, “bueno o malo”, sin reconocer una variedad de posibilidades o continuo de las mismas (Beck, 2002; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).
- ✓ La *personalización*, la persona siente que los demás tienen una actitud negativa hacia ella sin considerar otras explicaciones posibles al comportamiento de los otros (Beck, 2002; Badós y García, 2010; Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

- ✓ El *razonamiento emocional* supone que las emociones o sentimientos reflejan la realidad o se toman como prueba de ello: “me siento inútil, por lo tanto soy inútil” (Beck, 2002; Badós y García, 2010).
- ✓ Las *afirmaciones debería* o los *imperativos categóricos* consiste en pensar que sí mismo, los otros o las cosas deben o no deben actuar o ser de cierta manera, aplicando un modo rígido de reglas y se cierra la posibilidad a otras opciones. Cuando no se satisface a los imperativos se genera vergüenza, culpa, ira, frustración y resentimiento (Beck, 2002; Badós y García, 2010).
- ✓ La *externalización de la propia valía* minimiza el propio papel en aquellas cosas que confieren valor (Méndez, Olivares y Moreno, 2012).

- La **Triada Cognitiva**, este concepto es utilizado específicamente en el abordaje de la depresión. La triada consiste en patrones cognitivos que llevan a la persona a considerarse a sí misma con una visión negativa, su futuro como desfavorable anticipando dificultades, sufrimientos, frustraciones; y sus propias experiencias como únicamente negativas (Beck, 2002).

2.1.3. Integración de posturas

A partir de estas posturas teórico-prácticas, se pueden identificar aquellos procesos cognitivos, emocionales y conductuales que generan malestar las personas como son los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales, que sostienen conductas desadaptativas, emociones desgastantes y llevan a las personas a sostener interacciones poco saludables (Beck, 2000; Méndez, Olivares y Moreno, 1998; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ambas posturas ofrecen herramientas de identificación y modificación de dichos procesos cognitivos, resaltando la importancia del procesamiento que se realice de la información, posturas, interpretaciones que se tengan, y psicoeducar a las personas sobre el impacto perjudicial sobre las conductas y emociones si se continúan sosteniendo pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas o creencias irracionales (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

Las herramientas desarrolladas facilitan y aumentan la posibilidad de un accionar terapéutico eficaz, ético y oportuno. Este modelo permite modificar las reacciones ante el estrés y la ansiedad de forma adaptativa, temprana y, principalmente, preventiva antes de problemáticas más complicadas y desgastantes, antes de que estas evolucionen a reacciones más complejas que causen mayor malestar a las personas.

Esta atención temprana y preventiva permite estabilizar a la persona ante estado de alerta y enseñarle nuevas formas de pensar y actuar ante una situación de desastre, pero que también puede aplicar en situaciones futuras. Si bien, algunas de las reacciones ante un desastre se pueden entender como “desadaptativas” en tanto que puedan poner en riesgo la integridad física y psicológica de una persona, aun así estas son reacciones normales ante un evento anormal, por lo que una intervención temprana permite una recuperación más pronta.

A continuación se presenta el enfoque comunitario como una perspectiva de abordaje para el trabajo en desastres con las comunidades.

2.2. Enfoque comunitario

Según las consecuencias del desastre que se presenten surgirán las necesidades de la comunidad y por tanto la demanda que surge hacia los servicios, instituciones y equipos de

respuesta (como la Brigada). Una manera muy práctica y útil para realizar intervenciones en desastres es la de trabajar en grupos. Según Rodríguez (2006) esto se debe principalmente a tres razones: 1) la cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial, como consecuencia de los desastres, hace imposible la atención individual; 2) la mayoría de ellas no necesita una atención individual y profesional; 3) las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la preparación de las personas en su recuperación. Así mismo la implementación de procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos complementan la intervención psicológica individual (Abueg y Young, 2008).

La finalidad y el alcance de la acción del trabajo desde el enfoque comunitaria es la comunidad, “los sujetos con los que se trabaja pueden ser personas concretas, grupos de los más diferentes tipos, instituciones, pero siempre los efectos buscados intentan alcanzar al mayor número de personas posibles de la comunidad con la que se está trabajando” (Ferullo, 2000, p.41). Lo que interesa son los efectos logrados sobre la totalidad de la comunidad realizado por el actuar tanto de los individuos, grupos e instituciones.

Para Montero (2004) el objeto de estudio son los factores psicosociales que permiten mantener, fomentar y desarrollar el control y poder que los individuos tienen sobre su ambiente individual y social para lograr cambios tanto en esos ambientes como en la estructura social. Dicha autora detalla una lista de características que permiten identificar a la psicología comunitaria, estas son:

- Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.

- Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye diversidad.
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social, dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.
- Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se a mediante ella.
- Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.
- Tiene un carácter predominante preventivo.
- A la vez, y por su carácter científico produce reflexión, crítica y teoría (Montero, 2004, p.73)

La posibilidad de transformación está definida desde la situación de la comunidad, desde sus aspiraciones, deseos y necesidades. Más aún “la incorporación de aspectos externos provenientes de consideraciones de salud mental, salud comunitaria, avances de la

ciencia, aspectos culturales religiosos, políticos o económicos debe ser conocida, discutida, reflexionada y aceptada por la comunidad” (Montero, 2004, p.78).

Se parte del principio de la participación comunal, de la apropiación de los propios recursos, del fortalecimiento de la redes vecinales y las potencialidades comunitarias trabajando en conjunto con sus miembros, sin embargo hay un aspecto que dificulta la labor colaborativa de las instituciones respondientes ante una emergencia o desastre, y es la poca articulación comunal para hacer frente a dichas situaciones (Montero, 2003).

Los(as) participantes son actores sociales, constructores de su realidad, tiene la capacidad de decisión, de acción, de transformación de su vida y entorno, se debe resaltar el carácter activo, creador y transformador de los seres humanos. Es importante reconocer y tener presente que las comunidades son los actores principales de su propio cambio, pero esto está mediado por una serie de “disensiones, diversos grados de participación y de compromiso, momentos de intensa actividad y otros de aparente o de efectiva calma, singularidades y continuidades” (Montero, 2004, p.154) por ello se debe adoptar una actitud de apertura hacia las diferentes posturas presentes en la comunidad, que permita generar acuerdos comunes entre los profesionales y la comunidad, en tanto que unos proponen cambios y los otros aceptan o no las propuestas ya que conocen su realidad.

Además del enfoque comunitario debemos tomar en cuenta las particularidades del ámbito de intervención en el que desarrollaremos nuestro trabajo por ello a continuación desarrollaremos los conceptos de desastres y del enfoque de gestión del riesgo.

2.3. Concepto de Desastre y Enfoque de Gestión del Riesgo

El presente trabajo final de graduación conceptualiza a los desastres a partir del enfoque de la Gestión del Riesgo, utilizado por la Organización Panamericana de la Salud,

que busca la comprensión del conjunto de condiciones económicas, sociales y ambientales en el momento del impacto de un desastre, sus consecuencias y vías para prevenirlo (Lavell, 2010).

Las concepciones de desastre han ido desarrollándose con el tiempo, dejando de lado la visión que enmarca a los desastres como fenómenos naturales hacia eventos en los que tienen una alta incidencia diversos factores sociales, económicos y ambientales, que vulnerabilizan a la población afectada reduciendo su capacidad para hacer frente al fenómeno, tanto en el antes como el después del evento. Un desastre es aquella situación o proceso social resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural, tecnológico o antrópico, que al intersecarse con condiciones propicias de vulnerabilidad en una población causa alteraciones intensas, graves y extendidas en las condiciones normales de funcionamiento de la comunidad (Torrico, Ortiz, Salamanca & Quiroga, 2008).

Para Wilches-Chaux (1998) el desastre se da en “el momento en el cual se hacen evidentes unas condiciones “no sostenibles” o de desequilibrio en la relación entre una comunidad humana y el ambiente que ésta ocupa” (p.16.). Esta definición enfatiza el problema no resuelto del desarrollo sostenible, en el que la sociedad en su afán de conquistar el ambiente ha desestabilizado las condiciones naturales de forma que los fenómenos se convierten en eventos peligrosos o amenazantes para las comunidades, teniendo consecuencias perjudiciales para todos los ecosistemas presentes.

Un evento se le puede identificar como desastre, si cumple una serie de criterio como: a) acontecimiento de aparición imprevisible, brutal y repentina que produce graves consecuencias; b) produce, con frecuencia, gran número de personas afectadas directos e indirectos; c) provoca importantes destrucciones en el contexto socio-ambiental; d)

desborda y cuestiona los recursos y medios de la colectividad para su contención; y e) genera una importante desorganización de los sistemas sociales (Robles y Medina, 2008).

Dado que las situaciones de desastre son procesos cíclicos, dinámicos y cambiantes, as necesidades y tareas se van transformando conforme transcurre el tiempo ajustándose a la estrategia que permite una mejor contención de la situación (Lavell, 2010). A continuación se describen las fases que se desarrollan en la atención de desastres.

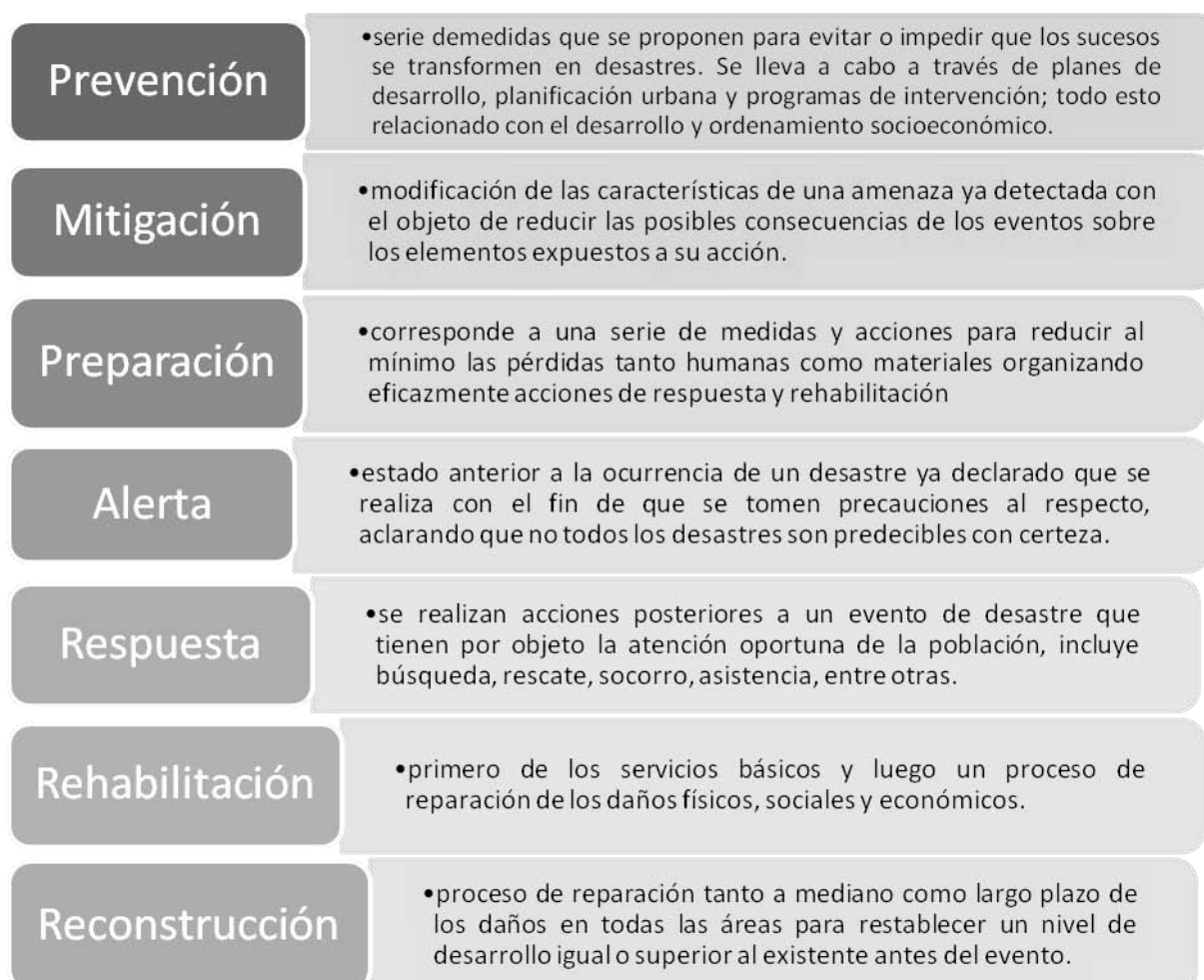


Figura 3. Fases del desastre. Fuente: Elaboración propia.

Se puede decir que es un proceso que a la vez corresponde a la influencia del contexto histórico, sociocultural, económico y político que impulsan la gestión del riesgo como parte de las iniciativas de desarrollo sostenible (Torrico et al., 2008). Esta perspectiva

es la que sustenta, justifica y orienta las intervenciones desde las ciencias sociales y específicamente la intervención psicológica.

2.3.1. *Gestión del Riesgo*

El enfoque de gestión en riesgo es la perspectiva sobre la cual se basa el accionar de la Brigada y de la Comisión Nacional de Prevención en Riesgos y Atención de Emergencias y que según la Ley Nacional de Emergencias y Prevención de riesgo (La Gaceta N°8, 11 de enero de 2006: Ley N°8488) se define como:

“un proceso mediante el cual se revierten las condiciones de vulnerabilidad de la población, los asentamientos humanos, la infraestructura, así como de las líneas vitales, las actividades productivas de bienes y servicios y el ambiente. Es un modelo sostenible y preventivo, al que se incorporan criterios efectivos de prevención y mitigación de desastres dentro de la planificación territorial, sectorial y socioeconómica, así como a la preparación, atención y recuperación ante las emergencias”.

Para el enfoque de gestión del riesgo, la probabilidad de ocurrencia de un desastre se encuentra unida al nivel de **riesgo** que tiene una comunidad, dicho nivel se obtiene de la relación entre los factores: la *amenaza* y la *vulnerabilidad*, el cual puede variar según cambien los factores, que son altamente dinámicos y cambiantes.

En este sentido, una *amenaza*, es un factor de riesgo externo, expresado como la probabilidad, ya identificada, que tiene un fenómeno de presentarse en un lugar y tiempo específico (Lavell, 2010), por ejemplo, que se dé una inundación en un poblado construido al mismo nivel del río, que se crece en la época lluviosa.

Es importante aclarar que las amenazas pueden ser de distintos orígenes, entre ellas están las naturales, como son las asociadas con la dinámica geológica, geomórfica,

atmosférica y oceanográfica; las socio-naturales, producidas como resultado de la relación entre el ambiente natural y las prácticas sociales que crean o amplían las condiciones de amenaza; y las antropogénicas, que son producto de la actividad humana (explosiones, derrames, contaminación de materiales tóxicos) (Lavell, 2010).

Mientras que la *vulnerabilidad* es la falta de adaptación, capacidad de resistencia o condición en que una población queda expuesta o en peligro de resultar afectada por un fenómeno y que además limita su posibilidad de recuperación (Wilches-Chaux, 1998). Este concepto es relativo, en tanto que se debe analizar las condiciones particulares de cada comunidad o población, por ejemplo, ante un sismo, un residencial construido con edificaciones sismo-resistentes será menos vulnerable que el residencial colindante que no construyó bajo esas medidas de protección.

La vulnerabilidad depende de múltiples factores de distintas índoles para poder ser analizada, entre ellos están los factores ambientales, que se refieren a como la población o comunidad explota los recursos del ambiente lo que puede debilitar los ecosistemas presentes; los factores físicos, se relaciona con la ubicación física de los asentamientos y con las condiciones técnicas materiales de ocupación; los factores económicos, se refieren a la ausencia de recursos económicos como a su incorrecta utilización; los factores sociales, estos son el conjunto de relaciones, comportamientos, creencias, ideologías, formas de organización y actuaciones políticas, educativas, institucionales de las comunidades y personas que las coloca en condiciones de mayor o menor exposición (Wilches-Chaux, 1998).

Este enfoque promueve que la comunidad logre fortalecer sus capacidades para transformar las condiciones que conllevaron al desastre, e impulsa a sus miembros(as) a ser conscientes que existe una relación dialéctica entre el ambiente y ellos de forma que los

cambios que se gesten pueden afectar tanto a una como a los otros (Wilches-Chaux, 1998). Por ello es un reto actuar sobre las condiciones sociales, políticas, ambientales, culturales, económicas, tecnológicas, que incidan en la formación de un desastre, es decir, transformar las condiciones de riesgo.

El fortalecimiento de las capacidades locales y de la actuación de los miembros de la comunidad, gobierno e instituciones locales, enfocados en la atención y manejo de los desastres, se le conoce como gestión local del riesgo (Robles & Medina, 2008).). A partir de que el riesgo: (a) se expresa en el ámbito local, municipal o comunitario, aunque sus causas pueden encontrarse en procesos generados a gran distancia del mismo; (b) la gestión del riesgo requiere de la participación activa de todos los sectores afectados; y (c) la gestión requiere la descentralización y el fortalecimiento de las organizaciones locales que representan a la población afectada por el riesgo (Lavell, 2010).

A partir de ahí se buscan formas científicas para prevenir o mitigar sus efectos, que se alimentan, también, del aporte de los agentes comunitarios quienes poseen un saber popular y un conocimiento profundo de la vida cotidiana de su comunidad y su entorno, ese saber es la base de la percepción del riesgo sobre la cual se trabajan las amenazas y vulnerabilidades particulares de cada comunidad, a través de la sensibilización, el diálogo, la educación, la participación y la autogestión con una perspectiva preventiva (Wilches-Chaux, 1998).

Más que una teoría es una estrategia de desarrollo que identifica riesgos, amenazas y vulnerabilidades, pero sobre todo que genera las estrategias que inciden en la generación de desastres (Robles & Medina, 2008).

Los aportes de la teoría de gestión del riesgo nos acercan más al reconocimiento de la necesidad de hacer intervención en el ámbito de los desastres desde las ciencias sociales,

y muy especialmente sobre las temáticas de salud mental. Por lo que a continuación desarrollaremos el término salud mental y los matices que toma cuando se trabaja a nivel comunitario y luego en las situaciones de desastre.

2.4. Salud mental

La salud mental es más que simplemente la ausencia de enfermedad mental, mental implica aspectos sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad, relacionado directamente con el bienestar de la población en general (OPS, 2002). Se puede entender como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2011, párrafo 2).

Abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, teniendo como propósito fundamental potenciar el desarrollo de la persona de forma que le permita alcanzar sus metas, habilidades, intereses, vínculos, en los diferentes ámbitos de su vida; tomando en cuenta factores ambientales, culturales y comportamentales para una salud de calidad, tanto mental como física (Campos, 2000; Ferullo, 2000).

El accionar de la salud mental está en la promoción del bienestar, en la prevención de trastornos mentales, en el tratamiento y en la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos y de conductas problemáticas o desadaptativas, las cuales se pueden considerar normales dentro de una dinámica psicosocial individual y colectiva como llegan a ser los desastres (OPS, 2002).

La salud mental hace referencia, también, a problemáticas de salud pública, de orden político y social. Asimismo, es un concepto constituido por una dimensión

sociocultural, de desarrollo y de derecho (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006):

- *Dimensión Sociocultural*: se encuentra estrechamente relacionada con las determinantes históricas, sociales, económicas y culturales existentes de las personas y sus comunidades, así como de sus características, capacidades y limitaciones.
- *Dimensión de Desarrollo humano*: promueve en la construcción de relaciones afectivas interpersonales, familiares, sociales e históricas. Promueve la capacidad de transformar el conflicto, la crisis, los cambios y las dificultades, a través de formas creativas, buscando nuevos sentidos que fortalezcan los proyectos de vida y desarrollo social.
- *Dimensión de Derecho*: la salud mental es un derecho humano fundamental. Reconoce, la legitimidad de las personas de contar con las condiciones favorables para su desarrollo, todas tienen el derecho de nacer, crecer y desarrollarse en un ambiente que provea condiciones favorables para su desenvolvimiento personal y social.

La salud mental como concepto multidimensional adquiere además nuevos matices según el lugar en el que se trabaje, por lo que se hace necesario puntualizar algunas anotaciones sobre la salud mental en el ámbito comunitario.

2.4.1. Salud mental comunitaria

La salud no sólo es uno de los derechos esenciales de los seres humanos sino también es una de sus responsabilidades básicas, mediada por las transformaciones en la

organización social de las comunidades, por tanto la salud mental comunitaria consiste en la participación de las comunidades, como sujetos colectivos y activos en la producción de sus condiciones de salud (Campos, 2000).

La visión de salud mental y su atención debe buscar la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales y no sólo debe estar centrado sólo en el impacto traumático, debe ser amplia e incorporar dimensionarse más allá del evento o situación de desastre (OPS, 2002).

Es así como la comunidad misma puede trabajar en reducir, controlar y mitigar las amenazas y vulnerabilidades presentes, y fortalecer los vínculos, muchas veces fragmentados, y redes de apoyo, en beneficio de la salud mental de todos(as) sus miembros. Lo que se busca es un mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental comunitaria (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

Este proceso se logra a través del empoderamiento de la comunidad, no sólo que se garanticen la salud como uno más de los derechos ciudadanos, “sino también busca generar condiciones para que los(as) ciudadanos(as), de manera organizada, sean protagonistas de acciones políticas y sociales que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida” (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006, p.21).

Dado que las personas afectadas son, también, agentes fundamentales de su propio cambio y bienestar, no se les debe llamar “damnificados(as)”, este término hace referencia al modelo asistencialista, en él se conceptualiza a las personas como únicamente receptoras de la ayuda, como impotentes ante su situación, dependientes de la ayuda externa que reciben e irresponsables porque han vivido en un lugar de riesgo, y no como los(as)

principales participantes en la recuperación y fortalecimiento de su calidad vida, que con el apoyo correcto y la participación activa se tornan en comunidades autogestoras de mejores condiciones de vida (Campos, 2000).

Este proceso de empoderamiento implica la interacción entre comunidad y agentes externos, influyéndose, mutuamente, para el desarrollo comunitario en conjunto. La relación que se establece es de respeto constante al contexto social y cultural de las comunidades; implica el reconocimiento, la comprensión, el aprovechamiento de las tradiciones y resaltar en ellas las fortalezas que poseen como punto base para su crecimiento (Campos, 2000).

Lo que significa el respeto a los diferentes niveles de organización local y la promoción de la participación activa de los diferentes grupos existentes en las zonas, con un criterio de inclusión de las diferentes voces comunitarias.

2.4.2. Salud mental en desastres

La salud mental es un eje transversal en la labor que realiza la Brigada, a nivel de atención primario, a favor de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental resultante de un desastre. Lo cual se ratifica con la Política Nacional de Salud Mental (2012), elaborada por el Ministerio de Salud, donde se encarga la atención integral a las personas afectadas a las brigadas reconocidas por la CNE, entre ellas, la Brigada.

Desde el quehacer de la Brigada se promueve a la salud mental como un bien personal y social, que se desarrolla tanto a nivel individual como colectivo, es por ello que se realizan distintas intervenciones: comunitaria, grupal e individual.

Se toma en cuenta la complejidad, la multidimensionalidad y la integralidad, ya que no se puede hacer una disociación entre lo mental y lo corporal, ni separar lo personal de lo

social; los factores los biológicos, sociales, ambientales, económicos están en relación directa con la salud mental. Asimismo, se requiere de la interdisciplinariedad para no fragmentar el abordaje de la situación por la que pasan las personas afectadas (Garita y Molina, 2013).

De igual forma la Brigada toma en cuenta las condiciones de vida en las que se encuentran las personas al enfrentarse a un desastre, enfocándose en si estas condiciones representarían un factor de vulnerabilidad o no para hacerle frente a la situación.

Hay grupos sociales en los que se hacen más evidentes las transformaciones sociales y las amenazas que impactan su calidad de vida, que pueden encontrarse viviendo bajo ciertas condiciones de vulnerabilidad, entre ellos las poblaciones rurales, las personas menores de edad, las mujeres jefas de familia, los grupos étnicos minoritarios, las personas con discapacidad y adolescentes (Sanabria, 2013).

Claro está que la atención que brinda la Brigada no es solamente a estas poblaciones, sino que abarca a todas las personas afectadas, pero se tiene claro que hay grupos con necesidades específicas.

Estas necesidades y condiciones específicas se pueden entender como la vulnerabilidad que aumenta o disminuye la posibilidad de hacerle frente a un desastre. Es decir: la ausencia e irrespeto de los derechos de estas comunidades (mejores condiciones de vida) limitan la preparación y el afrontamiento ante una emergencia. Lo que evidencia la relación directa entre los derechos humanos y la salud mental (Garita y Molina, 2013).

De manera que a mayor desconocimiento de los factores que generan vulnerabilidad será mayor la indefensión ante ellos lo que contribuye a un mayor impacto de los desastres. Entre estos factores están la pobreza, la violencia, la discriminación y la corrupción, que además de generar situaciones de malestar y sufrimiento emocional, obstaculizan el

desarrollo personal y colectivo (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

El trabajo que realiza la Brigada abre un espacio de atención en el que se puede brindar apoyo psicosocial a las comunidades y sus miembros, que por las condiciones con las que ha contado anteriormente no han sido atendida la necesidad de contar con espacios para fortalecer su salud mental. En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Tal como lo propone la OPS (2002), la Brigada ha utilizado metodologías de trabajo ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales de las diferentes comunidades.

Como hemos visto, la vulnerabilidad es un tema que está relacionado con la desigualdad social, y esto implica necesariamente que en el momento de intervenir tengamos en cuenta esas desigualdades y procuremos una atención sin discriminación. Para visibilizar estas vulnerabilidades dedicamos un apartado a continuación al tema del enfoque de derechos.

2.5. Enfoque de Derechos y Principios éticos

Es de vital importancia desarrollar esta temática dado que es uno de los ejes transversales de la Universidad de Costa Rica (UCR, 2010, 2009) y es un pilar fundamental en el accionar de la Brigada. El Enfoque de Derechos orienta a sus miembros en todas las labores que desarrollen, se respetan las particularidades de las poblaciones y sus necesidades específicas (Sáenz, Vindas y Villalobos, 2013).

Dicho enfoque está íntimamente relacionado con los principios éticos del Proyecto Esfera (2004) que recoge una serie de principios y disposiciones del derecho internacional humanitario y legislación internacional sobre derechos humanos. Dentro de este proyecto

se identifican factores específicos, como el género, la edad, la condición de discapacidad y el estatus migratorio, que afectan a la vulnerabilidad y condicionan la capacidad de las personas para enfrentarse con los problemas y sobrevivir en el contexto de un desastre.

Asimismo, Proyecto establece tres derechos básicos (Proyecto Esfera, 2011):

- **Derecho a vivir con dignidad:** de forma que todas las personas tienen el derecho a vivir con un nivel de vida adecuado, a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, dado que la dignidad exige el respeto a la persona, incluidos sus valores, creencias sociales y religiosas. Como parte de este derecho está el derecho a la vida, que conlleva a no rehusar ni impedir prestar la asistencia necesaria para salvaguardar la vida.
- **Derecho a recibir atención humanitaria:** esta asistencia se debe brindar conforme al principio de imparcialidad, lo que significa que ha de dar según las necesidades y en proporción a éstas, a todas las personas, sin discriminar por motivos de edad, género, etnia, color, orientación sexual idioma, religión, discapacidad, estado de salud, opiniones políticas, nacionalidad, origen social o de otra índole.
- **Derecho a la protección y a la seguridad:** es la responsabilidad soberana de los Estados de proteger a toda persona que se encuentre bajo su jurisdicción.

A continuación se establecen principios generales y líneas de acción para el trabajo con las siguientes poblaciones: niñez y adolescencia, adultez mayor, personas migrantes, personas en condición de discapacidad y por último el tema de género. Los principios expuestos promueven la inclusión de todos y todas en los procesos de atención y de

reconstrucción comunitaria, es claro que ningún trabajo de ayuda humanitaria y/o voluntariado en psicología puede omitir el enfoque de género, ni los principios éticos que lo rigen, como son también la imparcialidad, neutralidad, independencia y universalidad (Pérez, 2000).

2.5.1. Niñez y adolescencia

Una de las premisas básicas de este enfoque es reconocer a las niñas, niños y adolescentes como personas activas, con el derecho de la participación social, lo que significa que son actores y actrices del cambio dentro de los espacios sociales en los que se desarrollan: familia, escuela, comunidad y otros. Lo que les permite ser parte de los procesos de organización, coordinación y ejecución de acciones de prevención, mitigación atención y rehabilitación ante situaciones de desastre (Camacho y Ramírez, 2005).

De igual forma, se reconoce que esta población puede ser vulnerabilizada con mayor facilidad, por ello se promulga que los miembros de la comunidad así como las instituciones intervinientes hagan efectivos sus derechos y sean una red de protección ante los riesgos que puedan afectarles y a la satisfacción de sus necesidades básicas (salud, educación, cuidado, alimentación, afectiva); sin distinción alguna por razón de sexo, edad, religión, etnia o nacionalidad (Maroto, 2003).

Por lo que, toda acción tomada en relación con las personas menores de edad parte del Interés Superior del Niño como principio rector, consagrado en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989) y en el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N°7739), de forma que las decisiones que se tome sobre el futuro de las personas menores de edad prime su bienestar y se les procure el desarrollo integral en todas sus dimensiones como sujetos de derecho (Mora, 2005).

El enfoque de Derechos Humanos de la Niñez y de la Adolescencia se basa en los acuerdos tomados en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y del Código de la Niñez y Adolescencia de Costa Rica, como marco jurídico mínimo. Entre las garantías que se establecen con absoluta prioridad se encuentran (Mora, 2005):

- la primacía en recibir proyección y socorro en cualquier circunstancia.
- ser los(as) primeros(as) en la atención de los servicios públicos.
- especial preferencia en la formulación y ejecución de las políticas públicas encaminadas a crear las condiciones de vida que garanticen su desarrollo integral.
- asignación privilegiada de recursos públicos en las áreas relacionadas con la protección y promoción de la niñez y adolescencia (pp.26-27).

A partir del Enfoque de Derechos se abandona los prejuicios estigmatizantes y reduccionistas que se tienen de los(as) adolescentes como problemáticos(as) y desinteresados(as). Se les reconoce como personas activas, flexibles y abiertas a los cambios en la calidad de vida y desarrollo social, ellos pueden señalar con absoluta claridad las necesidades comunitarias surgidas a partir del desastre y formar parte de los procesos de reconstrucción de su comunidad, así como en redes de cuidado y protección de personas (adultos mayores, niños y niñas) (Mora, 2005; G. Brenes, comunicación personal, 13 de diciembre, 2012).

2.5.2. Aduldez Mayor

El Enfoque de Derechos contempla las diferencias en los estadios de desarrollo y las capacidades, físicas-motoras, cognitivas y emociones para las personas adultas mayores en

situaciones de desastre. Propone un abordaje orientado hacia pautas psicosociales para la disminución de la vulnerabilidad psicosocial frente a desastres que posibiliten la promoción y protección de su salud mental (Arguello, 2007).

A nivel nacional la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N°7935) protege los derechos de esta población.

A nivel internacional la atención especializada a esta población se consolida a partir del acuerdo de la Asamblea General de las Naciones Unidas (16 de diciembre, 1991). Allí, se establecen cinco líneas de acción como principios a favor de las personas adultas mayores y desde dicha organización se exhorta a los países a incorporarlos dentro de sus programas nacionales. Estos principios son los que se describen a continuación: (Naciones Unidas, 2002):

Independencia:

- Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud, adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
- Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.
- Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Atención:

- Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la

familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

- Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
- Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización:

- Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad:

- Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.
- Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas sin importar de su contribución económica.

Participación:

- Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
- Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar

servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios(as) en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

- Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

2.5.3. *Personas migrantes*

Como bien se estipula en la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR), los países asociados, entre ellos Costa Rica, concuerdan en la necesidad de establecer un trabajo conjunto para “los procesos de manejo de tema de aduanas y de migración en situaciones de emergencias en la región, sobre todo cuando un país vecino brinda asistencia humanitaria” (CEPREDENAC, 2011, p.22). Esto en cuanto a procesos migratorios, que es una de las posibilidades al momento de un desastre.

Sin embargo, es necesario que se establezcan acuerdos, planes, políticas o proyectos que protejan los Derechos Humanos y las necesidades de las personas migrantes que se ven afectadas por un desastre. Atendiendo a esta necesidad, en el II Foro Consultivo Regional “*Por el derecho a la prevención: consolidando la participación en gestión integral del riesgo en Centroamérica*”, celebrado en nuestro país el 18 y 19 de junio del presente año, se deliberó sobre los desafíos y avances de la implementación de la PCGIR, en el cual se recomendó

Promover mecanismos que garanticen la protección internacional de migrantes en casos de desastre, así como atender sus necesidades, incluyendo el acceso a la asistencia humanitaria, la protección y su visibilidad en los registros y estadísticas; el derecho a la información y a la comunicación con los familiares (CNE, 2013, párrafo 17).

Lo que hace evidente el reto que presenta para las Naciones Centroamericanas la implementación de la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres, pero se establecen los pasos iniciales para garantizar la atención adecuada a las personas migrantes.

Si bien esto continúa siendo un desafío para entes coordinadores en la atención de desastres, dentro del trabajo que ha realizado la Brigada forma parte del Enfoque de Derechos y de los principios básicos en la intervención, poder fortalecer la salud mental de las personas afectadas, sin importar su nacionalidad, ni condición migratoria.

2.5.4. Personas en condición de discapacidad

La población en condición de discapacidad requiere de atención prioritaria en situaciones de desastre dado que los niveles de vulnerabilidad a los que se enfrenta suelen ser mayores que las otras poblaciones, por la dificultad que representa para un persona desarrollarse en una sociedad que no contempla sus necesidades y avanza lentamente para respetar sus derechos (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008; Naciones Unidas, 2013). Algunas situaciones que presentan en los desastres, los pone en situaciones de riesgo, entre las que están:

- La probabilidad de no poder resguardarse, huir o quedar en lugares peligrosos-destruidos mientras se da la evacuación.
- La mayoría de los refugios, campamentos o albergues no son accesibles para las personas con diversos tipos de discapacidad, esta falta de adecuación algunas veces se basa en la idea que necesitan “servicios médicos especializados” y no se poseen los recursos para adecuar el lugar.

- Se les ha llegado a excluir de los sistemas de registro de emergencia, lo que les impide atender sus derechos básicos a la alimentación, agua, refugio y ropa; aumentando la discriminación cuando escasean los recursos.
- Se ha invisibilizado sus necesidades en los planes de recuperación y reconstrucción.
- Pueden ser más vulnerados si se da la pérdida de apoyo de la familia y la comunidad.
- Sumado a esto, es posible que previo al evento no se le hayan garantizados sus derechos ni atención (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008; Naciones Unidas, 2013).

Estas circunstancias provocan graves desigualdades en el acceso a la respuesta inmediata, así como a los recursos de recuperación (corto, mediano y largo plazo), tanto para las personas que tenían discapacidad antes del desastre como para aquellas que a consecuencia del desastre adquirieron una discapacidad (Naciones Unidas, 2013).

Para garantizar los derechos de las personas con discapacidad en situaciones de desastre, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, aprobada en diciembre de 2006, se establece en el artículo 4 punto 1 que “los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad” (Naciones Unidas, 2006, p.6).

A lo que se le unen dos artículos más, en el artículo 11, relativo a situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, es de especial atención y obligación de los Estados Partes adoptar “todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de

las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales” (Naciones Unidas, 2006, p.11).

Además, en el artículo 32 se reconoce la importancia de la cooperación internacional en la promoción y apoyo para hacer efectivo los propósitos y los objetivos de la Convención, tanto de los Estados partes como en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, para responder a situaciones de riesgo y crisis humanitarias (Naciones Unidas, 2006).

El Enfoque de Derechos involucra a todos los actores sociales quienes deben garantizar los derechos y las necesidades de las personas con discapacidad. Así mismo es importante eliminar la concepción de personas indefensas e incapaces, y considerarlas personas con derechos, capaces de reclamarlos y de tomar decisiones sobre su vida basadas en su consentimiento libre e informado, además de ser miembros activos de la sociedad (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008; Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad).

Es por ello que se deben hacer esfuerzos para integrar las necesidades, puntos de vista y las perspectivas de estas personas en su atención, en las distintas fases de respuesta al desastre, lo que reduce la discriminación y el abuso.

2.5.5. Género

La diferenciación según género en la atención de la población afectada por un desastre surge como una respuesta a la visibilización de la exclusión y discriminación de la que son objetos las mujeres en esta situación, y que ocurre también en los diferentes ámbitos sociales, políticos y económicos en los que se desarrollan dentro de la sociedad. Es así como se han decretado Declaraciones, Convenciones, Leyes y diversos marcos legales

internacionales y nacionales, que deben ser acatados por los países parte, en los que se apoya la igualdad y se promueve la eliminación de todas las formas de discriminación, violencia y abuso. Entre ellas se destaca a nivel nacional la Ley Aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención para Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Ley N°8089).

Es por ello, que en la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR) dentro los principios establecidos de carácter general, se encuentra la Equidad de Género, promulgándose:

la generación de oportunidades iguales para mujeres y hombres, con equilibrio de participación y trato (Oportunidad /Participación /Beneficios). Con el fin de reducir las brechas de género, es necesario avanzar inicialmente visibilizando la forma diferenciada en que mujeres y hombres se ven afectados por desastres y los roles también diferenciados que se les asignan frente a la gestión del riesgo y a los procesos de desarrollo (CEPREDENAC, 2011, p.15).

Es importante aclarar que el Enfoque de Género toma en cuenta el apoyo de los marcos legales al desarrollo de las mujeres, pero principalmente, la atención diferenciada, para hombres y mujeres según sus necesidades y construcción de género, es partir de allí que se apoya el proceso de recuperación ante el desastre, en los diferentes ámbitos sociales, políticos y económicos.

2.6. Respuestas psicológicas ante los desastres

Como se ha mencionado anteriormente, cuando una persona vivencia un desastre presenta una serie de respuestas reactivas ante el evento que además se combina con situaciones anteriores experimentadas en el diario vivir haciendo más intensa la

experiencia. A continuación se desarrollaran los conceptos de trauma, pérdida, crisis y estrés que son las respuestas que se presentan comúnmente (Cohen y Ahearn, 1990; Cohen, 1999; Valero, 2001, 2002; Camacho, Rodríguez y Arnez, 2007; IASC, 2010; OPS, 2010).

2.6.1. Trauma

El evento traumático se entiende como cualquier suceso que está fuera del campo de la experiencia humana normal y muy angustiante, es un factor de estrés traumático o incidente crítico (Bryce, 2001, p.22). Estos eventos fuerzan las capacidades de las personas y las comunidades más allá de sus recursos, de lo que puedan tolerar y resolver (Wainrib & Bloch, 2000), asimismo la valoración del suceso es percibida como amenaza generando desamparo y/o pérdida de control de la propia seguridad (Pérez, 2006).

Las reacciones psicológicas de los individuos se relacionan estrechamente con una serie de variables que influyen la manera de afrontar el impacto del evento. Las características de personalidad, capacidad de afrontamiento, edad, sexo, las condiciones del entorno tanto a nivel ambiental como a nivel socioeconómico, la naturaleza del evento y su grado de severidad, así como la disponibilidad de recursos o redes de apoyo son algunas de las tantas que podríamos mencionar (Caballero, 2006).

El impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento. Una de las primeras reacciones es una gran sensación de impotencia, ya que estas nuevas circunstancias o eventos no pueden ser abordadas con los mismos recursos con los que la persona contaba hasta ese momento porque resultan insuficientes (Martín y Muñoz, 2009).

Ante esta percepción de impotencia el organismo genera una serie de mecanismos de activación relacionados con la respuesta de estrés desde tres ejes: neural, neuroendocrino y endocrino. Estas respuestas mantienen una relación estrecha y compleja con factores cognitivos y del comportamiento que se pueden resumir así: “las respuestas fisiológicas están mediadas por la evaluación cognitiva que la persona haga de la situación y modulada por los esfuerzos (éxitos o fracasos) de afrontamiento que se pongan en marcha en la situación” (Martín y Muñoz, 2009, p.30).

Las reacciones son transitorias y ayudan la persona a adaptarse al cambio. Son sólo perjudiciales si se prolongan demasiado en el tiempo o si la intervención no ayuda al individuo a su recuperación (Robles y Medina, 2008). En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Sin embargo, pueden existir señales de riesgo según la intensidad de las reacciones. En los desastres se puede hablar de “conjuntos de síntomas” que aparecen frecuentemente más que trastornos, con el propósito de reconocer factores de riesgo y las necesidades y posibilidades de la persona afectada. Sin embargo, siempre debe tenerse en cuenta la singularidad del individuo y la situación, siendo importante cierto juicio clínico (Martín y Muñoz, 2009).

2.6.2. Pérdida

A partir de la noticia de la pérdida la persona inicia un proceso de reconocimiento y aceptación, necesita aceptar la realidad no sólo de forma racional sino principalmente de forma emocional. La pérdida se da según el valor y significado que la persona ha depositado sobre las personas u objetos, “las cosas que se pierden, por más simples que le parezca al que lo mira desde afuera, representan recuerdos, anhelos, afectos que se han

depositado y vienen a ser como una prolongación de la propia persona” (Campos, Sáenz y Salas, 2001, p.97).

Las pérdidas según Maroto, 2003; OPS, 1999 y Valero, 2002 pueden ser:

- Humanas: familiares, seres queridos, amigos, vecinos, conocidos. No implica solamente el fallecimiento de una persona, sino la lesión parcial o total de alguna capacidad mental o motora o la pérdida de algún(os) miembro(s) del cuerpo.
- Materiales: que tiene un gran valor simbólico, representan la el esfuerzo y el trabajo de muchos años, con los cuales se ha construido una historia personal, familia y en algunos casos comunal. La pérdida del hogar es sumamente significativa, en ella se desarrolla la vida cotidiana, la seguridad, la identidad, el sentido de pertenencia, lo cual queda en jaque ante su ausencia. De igual forma los espacios comunitarios son sumamente significativos, en ellos se gestan las relaciones sociales y el vínculo con los otros, de igual forma dan sentido de pertenencia.
- Laborales: el daño que causa el desastre puede llevar a la pérdida de los medios de subsistencia de las familias y las comunidades mismas.
- Animales: ya sean mascotas o animales de granja, son importantes para sus dueños, quienes han desarrollado un vínculo afectivo estrecho con los mismos (perros, gatos, peces, conejos, aves, otros) o significan un modo de subsistencia (hatos, piaras, parvadas, caballerizas, rebaños, otros).
- Roles: las relaciones que se establecen en los diferentes contextos en se desenvuelve una persona, por ejemplo el cambio en el significado de padre o

madre si su hijo(a) falleció o asumir la manutención de la familia si el principal proveedor deja de serlo por una lesión que le incapacite de forma permanente.

Ante la pérdida de un ser querido u otras pérdidas la persona vivencia un gran dolor y permanece en un estado de shock en el que poco a poco acepta lo sucedido. Ese dolor profundo que siente se manifiesta por medio de emociones, sensaciones físicas, cogniciones y conductas, que son propias de la situación (Maroto, 2003):

<i>Sentimientos/Emociones</i>	<i>Sensaciones físicas</i>	<i>Cogniciones</i>
Sensación de desprotección, miedo, tristeza, enojo, culpa (por haber sobrevivido o por no poder hacer nada), autorreproche, impotencia, anhelo (de oír o ver al fallecido), soledad, insensibilidad, hostilidad/agresividad, cambios de humor, entre otros.	Ansiedad, cansancio, vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y nauseas, palpitaciones, dolor de cabeza, pérdida de apetito, temblores, gastritis, colon irritable.	Incredulidad, confusión, negación, confusión, preocupación, falta de concentración y olvidos.
<p><i>Conductas</i></p> <p>Algunas tienen a ser contrarias entre sí, mientras algunas personas tienen a comer mucho otras no logran comer (trastornos alimenticios), presentar trastornos de sueño (no tener sueño o tener somnolencia), llorar, sueños con la persona fallecida, buscar y llamar al fallecido, distracción, aislamiento social, evitar recuerdos, objetos o situaciones que le recuerden la pérdida o recordarlo con mucha frecuencia atesorando objetos que le pertenecían a la persona fallecida, suspirar, hiperactividad desasosegada o hipoactividad, entre otros.</p>		

Figura 4. Reacciones ante la pérdida. Fuente: Maroto, 2003, p.76-77.

Las pérdidas a las que se enfrentan las personas a raíz de un desastre impactan a toda la comunidad. Es común que sus miembros compartan las propias experiencias de cómo vivieron el evento, con quién y dónde estaban, qué actividades fueron interrumpidas, el impacto que tuvo en sus bienes, en sus familias, en sus vidas, sus miedos, incertidumbres y ansiedades sobre las consecuencias a las que se enfrentarán, así como el dolor de la pérdida del otro, la preocupación por el bienestar de los demás, tornándose importante la pérdida del otro (Maroto, 2003). Son una serie de duelos que implican la ruptura de proyectos de vida con una dimensión que va más allá de lo individual y lo familiar, también es social, económico y político. Existe un duelo colectivo que implica una atmósfera emocional de sufrimiento y cólera que afecta la dinámica comunitaria (OPS, 2004).

2.6.3. Crisis

Una crisis se puede definir como un estado temporal o período limitado caracterizado por la desorganización y el desequilibrio. Surge a raíz de un cambio imprevisto en la vida de la persona que no puede ser resuelto con los recursos o métodos que usualmente utiliza por lo que plantea la necesidad de nuevos mecanismos de adaptación externos y ajustes internos (Cohen y Ahean, 1990; Slaikeu, 1999).

Hay un suceso desencadenante, un estímulo o información diferente a lo que siempre se ha manejado o confrontado, a partir de esta disonancia surge un período de transición e inestabilidad que tiene un tiempo determinado, que luego se resuelve hacia un período de estabilidad que no siempre implica una solución constructiva pues a veces podría ser una solución disfuncional. Por eso se dice que la crisis puede tener tres posibles efectos: el cambio para mejorar, empeorar o regresar al estado anterior. La posibilidad de empeorar está relacionada con los estragos que deja una crisis y su tiempo de reposición; la

posibilidad de mejora se relaciona con que la persona queda con mayor seguridad, con mayor capacidad para enfrentar tensiones futuras, la persona queda más fortalecida; y la posibilidad de regresar a un estado anterior tiene poco significado dado que la crisis puede ser muy intensa (Slaikeu, 1999).

Swanson y Carbon han consolidado una serie de conceptos básicos resumidos de la siguiente manera (citados en Fernández y Rodríguez, 2002):

- Las crisis son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno.
- El estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo o interno. Puede ser sólo un hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves.
- La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de su percepción por el individuo.
- Puede existir un nexo (experimentado emocionalmente y no necesariamente consciente) entre la situación actual y conflictos del pasado.
- Las crisis son acontecimientos autolimitados (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente.
- En las crisis las defensas están debilitadas, por lo que el sujeto está más receptivo a la ayuda y esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos.
- La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad: dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro.
- Las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar.

- Con la resolución adaptativa emergen nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro.

Slaikau (1999) establece una clasificación dentro de la cual existen dos tipos de crisis: unas son las del Desarrollo y las otras son las Circunstanciales

- Del Desarrollo: relacionadas con la transición de una etapa del desarrollo a otra, con el crecimiento de la persona la cual va cumpliendo tareas que le permiten pasar por los ciclos de crecimiento, pero si existe una interferencia en ese momento se puede generar una crisis.
- Circunstanciales: son aquellas inesperadas o accidentales a raíz de un factor ambiental, “el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de vida en que este se haya” (Slaikau, 1999, p.67), puede surgir en cualquier momento y se caracterizan por: una aparición repentina, imprevisión, calidad de urgencia (requieren de acciones inmediatas), e impacto sobre un grupo amplio de personas de manera simultánea.

Para entender con claridad y profundidad el proceso que se genera a partir de una crisis a continuación presentamos el concepto de estrés.

2.6.4. Estrés

En el presente trabajo se desarrolla el concepto de Estrés Psicológico propuesto por Lazarus y Folkman (1986), en su teoría Transaccional del Estrés, quienes lo definen como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y ponen en peligro su bienestar” (p.43). De manera que el individuo evalúa a nivel cognitivo la situación, excediendo ésta sus propios

recursos. En este encuentro sujeto-situación amenazante, se presentan dos procesos críticos que son la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

Evaluación cognitiva: El principal motivo por el cual el componente cognitivo es tomado en cuenta se debe al interés de los autores por conocer las diferencias individuales (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) que suelen manifestarse ante situaciones similares en las cuales las personas pueden reaccionar de formas totalmente distinta, “las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos” (Lazarus y Folkman, 1986, p.47), es decir la respuesta emocional y conductual depende de la forma en cómo lo analice.

Los autores definen dos tipos de evaluación cognitiva:

- Evaluación primaria: consiste en la valoración inicial que hace la persona del evento estresante; puede ser tres formas de evaluación:
 - Irrelevante: aquella evaluación en la que determina que el estímulo presente no conlleva ningún riesgo o importancia.
 - Benigno positiva: la persona estima que la situación vivida tendrá implicaciones beneficiosas para sí misma, genera emociones positivas.
 - Estresante: la situación puede ser considerada de amenaza, desafío, daño o pérdida. Cuando la situación es evaluada como *amenaza* implican la movilización de estrategias de afrontamiento por situaciones que no han ocurrido, si es percibida como *desafío* se refiere a aquellas situaciones que son valoradas como oportunidades para el crecimiento o la gratificación de algún tipo, y en el caso que la situación sea valorada como *dañina* se pone en énfasis

en la capacidad perjudicial porque puede haber sufrido con anterioridad, suele conllevar emociones como el miedo, la ansiedad o la irritación.

- Evaluación secundaria: al detectarse el estímulo como estresante, a persona empieza a detectar las posibles soluciones que se pueden implementar, esto depende de lo que se vaya hacer, de que pueda hacerse algo, y de lo que está discusión. Lazarus y Folkman (1986) se basan en el trabajo de Bandura para expresar dos tipos de expectativas que predicen el rumbo de la situación:
 - Expectativas sobre el resultado: se refiere a lo que piensa obtener el sujeto como resultado (reacción ante una conducta específica).
 - Expectativas de eficacia: se refiere al convencimiento de que la conducta que se ha planeado llevar a cabo se logrará y tendrá éxito.

Además se presenta otro tipo de evaluación posterior a la evaluación inicial y que implica que el individuo ha sido retroalimentado por las situaciones del entorno producidas o bien afectadas de esta primera evaluación, lo cual se denomina *reevaluación* y que consiste en una nueva evaluación que puede modificar el significado del evento estresante (Lazarus y Folkman, 1986).

Los autores aducen que la evaluación cognitiva puede verse afectada por variables circunstanciales y personales, las cuales son:

- Vulnerabilidad al estrés psicológico: relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias.
- Compromiso: incluye todo aquello que el individuo considera importante como valores, objetivos, motivaciones y afectos.

- Intereses de la persona que se ponen en tela de juicio cuando surge una situación estresante; a mayor intensidad del compromiso aumenta la vulnerabilidad al estrés.
- Creencias: configuraciones cognitivas o nociones previas acerca de la realidad que son mediadas por la cultura y la vivencia particular del individuo. Hay de varias clases como de control personal relacionado con las sensaciones de dominio y confianza y las existenciales que versan sobre algún orden natural del universo que ayuda a mantener la esperanza.
- Otros factores de orden situacional y temporal son: novedad de la situación, predictibilidad, incertidumbre del acontecimiento, inminencia, duración, ambigüedad y momento del ciclo de vital en que se encuentre el individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Afrontamiento: El afrontamiento es definido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164). El afrontamiento no es una reacción automática, pues implica reconocer las demandas y valorar los propios recursos para enfrentar las situaciones de diversas formas.

Estos autores utilizan la terminología dado por Baker y Chapman (1962) para desarrollar las etapas del proceso de afrontamiento, explicándolas de la siguiente forma:

- ✓ Fase de anticipación: Se espera que el acontecimiento suceda. Se inicia la evaluación primaria de los recursos disponibles, los posibles resultados y costos.

Asimismo, se responde a la retroalimentación de los pensamientos y sentimientos generados de manera que se interpone también el proceso de evaluación secundaria.

- ✓ Fase de Impacto: La situación ha iniciado y el individuo puede verificar sus creencias y expectativas ante el hecho. Se sugiere que dependiendo de estas comparaciones el sujeto puede reevaluar la significación del evento estresante lo que se conoce como reevaluación cognitiva.
- ✓ Fase de post impacto: el individuo ya ha experimentado la situación problemática y puede hacer el recuento de los perjuicios sufridos o bien de los beneficios percibidos y puede darles nueva significación ya que ha sido encaradas.

Con respecto a los estilos de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) distinguen básicamente dos formas esenciales, las dirigidas al problema y dirigidas a controlar la emoción suscitada por el evento estresante. El primer estilo incluye el distanciamiento, autocontrol, huida/evitación, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva, Martín y Muñoz (2009) plantean también la culpación de otros, la autoinculpación, el pensamiento desiderativo y la represión emocional.

Mientras que en segundo estilo comprende, la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la planificación (Lazarus y Folkman, 1986). A este segundo estilo Martín y Muñoz (2009), lo llaman afrontamiento activo, en el que se da la búsqueda de apoyo social, búsqueda de soluciones, contabilización de ventajas, y pensamientos positivos.

Este último aspecto toma relevancia, dado que para la recuperación psicosocial de personas afectadas por desastres, se debe promover los pensamientos positivos que estos sujetos presenten, ya que es una herramienta para hacerle frente a los próximos eventos estresantes que puedan presentarse, tal cual lo demuestra los resultados de la investigación de Van der Velden, Kleber, Fournier, Drogendijk y Gersons (2007).

Estos investigadores encontraron que las personas optimistas tenían menos problemas de salud inclusive 27 meses después que los pesimistas, a pesar de ser una víctima del desastre, el análisis permitió detallar que los pesimistas tenía mayor riesgo de síntomas de depresión severa y síntomas obsesivo-compulsivos más graves, estos hallazgos sugieren que la información sobre puntos de vista entre las personas afectadas por el desastres, permite identificar a las personas que están en riesgo de afectaciones posteriores (depresión y síntomas obsesivo-compulsivos).

2.6.4.1. Respuesta fisiológica del organismo al estrés

Asimismo, el organismo no se ve exento de verse afectado por la presencia del estrés, por ello para clarificar la respuesta fisiológica del organismo al estrés Lazarus y Folkman (1986) utilizan la teoría de Síndrome General de Adaptación de Seyle (SGA) (1974), Síndrome General de Adaptación, el término “general” hace referencia a que las consecuencias de los estresores ejercen influencia sobre diversas partes del organismo, esta teoría define tres fases de reacción:

Fase de Reacción de Alarma: esta reacción de alarma permite al sujeto estar más alerta para afrontar la situación inesperada. No obstante, el individuo puede reaccionar con perplejidad, hasta llegar a la indefensión y puede generar las siguientes respuestas principales: aumenta la frecuencia cardíaca, aumentan la capacidad y el ritmo respiratorio, se incrementa la transpiración, aumenta la capacidad de coagulación de la sangre, se dilatan las pupilas, se eleva el nivel de glucosa en la sangre, se activan una serie de glándulas especialmente la hipófisis, el hipotálamo y las glándulas suprarrenales, se activa la producción de norepinefrina y epinefrina lo que aumenta el flujo sanguíneo hacia los

músculos, y se activa también la producción de glucocorticoides a fin de disponer al sujeto para un mayor gasto energético.

Los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar al organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo, alterando se el estado homeostático del organismo, activándose el sistema nervioso simpático (Blanco, 2008; Chaves, 2007; De Luca, Sánchez, Pérez, y Lejía, 2004; Morera, 2007).

Fase de Resistencia: se caracteriza por la puesta en marcha de mecanismos defensivos que aumentan la capacidad de resistencia por encima de lo que es normal para ese individuo dado que la presencia y la intensidad del estresor se mantiene, lo que implica la activación del eje adeno-hipofisial-adeno-cortical aumentando los glucocorticoides en el torrente sanguíneo.

Lo que representa un período de reorganización que el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar lo que percibe como amenaza e intenta compensar los desequilibrios; lo que lleva a superar dificultades y realizar tareas no habituales, activándose la división simpática del sistema nervioso central, la cual se encarga, entre otras funciones, de regular el ritmo cardíaco. Si el requerimiento de sobre esfuerzo es muy prolongado, se puede convertir en un peligro potencial para la salud (Blanco, 2008; Chaves, 2007; De Luca, Sánchez, Pérez, y Lejía, 2004; Morera, 2007).

Fase de Agotamiento: se da cuando el organismo es incapaz de seguir manteniendo las respuestas adaptativas, que le permitían restablecer el equilibrio perdido, y continúa la presencia del estímulo, esta exposición permanente provoca un estado de deterioro en las capacidades de sujeto que suele ceder a las demandas al reducirse sus capacidades adaptación; es aquí donde se darían los aspectos negativos del estrés, que pueden dar lugar

a desórdenes tanto de tipo somático como psicológico (Blanco, 2008; Chaves, 2007; De Luca, Sánchez, Pérez, y Lejía, 2004; Morera, 2007).

Estos cambios fisiológicos y hormonales, se les conoce como Enfermedades Adaptación, que son aquellas anomalías que se relacionan con la permanencia del organismo bajo en estado de estrés (Moreno, 2007). Favoreciendo la presencia de distintos problemas de salud, entre ellos están el asma, el infarto de miocardio, las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones gastrointestinales (dolores de estómago, problemas para hacer la digestión, estreñimiento) e inmunológicas (aparición de infecciones), la hipertensión, las cefaleas (jaquecas) que se repiten poco a poco más a menudo, la úlcera péptica, algunos dolores y contracturas musculares en cuello, dorso y zona lumbar, que no ceden descansando y otros problemas de salud (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

2.6.4.2. Tipos de estrés

Existen dos modalidades de estrés, estas pueden ser determinadas principalmente por la duración de su presencia en la persona así como la intensidad, estos son estrés agudo y crónico.

El *Estrés Agudo* produce un gran impacto a nivel físico y emocional a corto plazo. Está provocado por sucesos intensos y extraordinarios, aumentando el nivel de cortisol y en consecuencia en la adrenalina (Consejería de Administración Autonómica, 2008). Igualmente, puede ser considerado positivo como una reacción constructiva, dado que ante el estímulo (preocupación y alarma) el todo el organismo responde con espontaneidad, eficacia y prontitud, en función de preservar la vida responde con todas las energías protegerse (De Luca et al., 2004).

Pero cuando las personas son afectadas por situaciones de desastre, pueden presentar un Trastorno de Estrés Agudo, la cual es “una reacción que empieza entre dos días y un mes después del evento traumático, y puede durar algunos días hasta cuatro semanas” (DSM-5, 2013; Rojas-Medina, Vargas y Trujillo, 2008, p.67).

Los síntomas que se presentan se pueden agrupar de la siguiente forma:

- (a) *disociativos*, se presentan al menos tres de los siguientes: sensación de desapego, ausencia de reactividad emocional, reducción de la conciencia del entorno, desrealización, despersonalización o amnesia disociativa;
- (b) *intrusos*, el evento traumático es revivido persistentemente a modo de recuerdos recurrentes, imágenes, episodios de flashbacks (escena retrospectiva);
- (c) *evitativos*, la persona presenta una conducta notable de evitación de los estímulos que pueden evocar el trauma como lugares, personas;
- (d) *ansiedad*, como dificultad para dormirse, pobre concentración, hipervigilia, una respuesta de sobresalto exagerado e inquietud motora; y
- (e) *deterioro de la capacidad funcional*, los síntomas pueden causar malestar o sufrimiento clínicamente significativo, interfiriendo con el funcionamiento normal o comprometiendo la capacidad para el desempeño de las actividades habituales (Rojas-Medina et al., 2008).

Cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos es el único trastorno que puede diagnosticarse de manera formal desde una intervención temprana, ya que esto es lo que indican las investigaciones sobre las principales reacciones encontradas en poblaciones posdesastre (Martín y Muñoz, 2009).

En cambio el *Estrés Crónico*, se relaciona con la permanencia del estímulo (real o psicológico), en el tiempo con más o menos intensidad. Este estrés puede ser causado por

estresores cotidianos, situaciones diarias continuas y repetidas, que van agotando la capacidad adaptativa del cuerpo y la persona no es capaz de reaccionar en alguna forma (Consejería de Administración Autonómica, 2008; De Luca *et al.*, 2004). Tal como lo plantea Quirce, Vargas y Maickel (2007) queda una huella fisiológica en el organismo, una marca muy poderosa que provoca diversas alteraciones reduciendo la capacidad de devolver al sistema a la homeostasis normalizada.

Relacionado al estrés crónico, Quirce, Vargas y Maickel (2007), mencionan un modelo explicativo del estrés, llamado “capitalismo social” (Kawachi, Kennedy, Lochner y Prothorow, 1997), el cual señala que a nivel de sociedad se pueden producir epidemias de estrés al degradar a sus ciudadanos (capital social), en tanto, si la sociedad “les brinda un respaldo profundo y una solidaridad verdadera, viviente e institucionalmente efectiva” (p.28), llega a ser saludable y se disminuye el índice de enfermedades relacionadas con el estrés, lo que pone en perspectiva la calidad del servicio de salud mental que se brinde y la posibilidad de controlar los estresores de forma que se reduzca el estrés.

Justamente los estresores los psicosociales son los más complejos, dado que el procesamiento de la información de estresores psicosociales (reales o imaginarios) modulan procesos emocionales y cognitivos, que ocurren en la amígdala, el hipocampo y corteza frontal, así que esta forma compleja cambia el estrés a distrés, pudiendo llegar a producir patologías importantes (Quirce *et al.*, 2007).

Cuando una persona se enfrenta a un estímulo que puede producirle estrés, primero tiene que detectarlo como estresante, ya sea que lo perciba como una amenaza o un desafío, de manera que busca posibles soluciones y posibles resultados, hace un análisis de las consecuencias que tendrían las decisiones que tome, esto para escoger la mejor solución.

Claro está que la decisión que tome está atravesada por las circunstancias en las que se encuentra (vulnerabilidad y/o incertidumbre) lo que puede generar más estrés.

Al plantearse la solución implica que se enfrente a dicha situación, que pueda reducir el estrés, pero esto no implica que realmente la resuelva, porque puede escoger distanciarse, huir, o más bien hacerse responsable de la situación, busque acciones que lleve a la resolución, procure tener apoyo social y mantener una actitud positiva ante la situación que le genera estrés.

Todos estos procesos, pueden presentarse como estrés agudo, que resultaría más benéfico para la persona, dado que si al prologarse en el tiempo la situación estresante se puede transformar en estrés crónico afectando a la persona. Es así como la identificación de las situaciones estresantes, por las que pasa una persona afectada por un desastre, resultan de alta importancia indagar, para que permita encontrar la forma más adaptativa de reducir el estrés que tiene, tomando en cuenta la presencia de estrés crónico y los recursos que posea, tanto personales como sociales.

2.7. Intervención

La intervención en el periodo crítico y poscrítico es de vital relevancia para la recuperación psicosocial de las personas afectas por un desastre dado que la intervención temprana permite recobrar la calma, el equilibrio psíquico y físico, agilizar los procesos de recuperación a nivel personal, familiar y comunitario. El periodo crítico comprende desde el momento en que ocurre el evento y las primeras 72 horas, y poscrítico es posterior a las 72 horas y abarca hasta los 30 días después (OPS, 2006).

Una gran variedad de técnicas específicas se han utilizado para proveer asistencia y mitigar o prevenir los efectos emocionales a largo plazo de los desastres (Chamey, Foa y

Friedman, 2003). Para que éstas sean verdaderamente útiles deben ser adaptadas a las situaciones específicas según los recursos humanos, el tipo de desastre, y los materiales disponibles. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2010) la intervención debe guiarse por la adecuación a las diferentes fases del desastre, los tiempos individuales y culturales de la comunidad y el contexto social y cultural reconociendo, comprendiendo y aprovechando las tradiciones y fortalezas históricas de las comunidades.

A continuación desarrollamos dos modelos de intervención: la intervención en crisis y la intervención psicosocial.

2.7.1. Intervención en crisis

La intervención en crisis es un modelo amplio que implica dos fases (Slaikeu, 1999). En la primera se realizan los primeros auxilios psicológicos o intervención de primera instancia para el período crítico y la segunda se lleva a cabo una terapia breve para crisis o intervención de segunda instancia para el período poscrítico.

La valoración inicial es de vital importancia ya que permite tener un panorama claro sobre los factores de riesgo y los factores protectores, es decir, las principales necesidades y posibilidades del/a afectado/a para ofrecer una intervención acorde a éstas. Asimismo, Robles y Medina (2008), resaltan la importancia de no etiquetar las reacciones ya que éstas constituyen una reacción normal a una situación excepcional.

La efectividad de la intervención en crisis está en relación directa con la proximidad en lugar y tiempo con que se lleve a cabo según lo propone Slaikeu (1999), siendo el principal objetivo de ésta la reorientación de la capacidad de la persona para enfrentar la situación. En el tratamiento de las personas afectadas por una situación catastrófica se pretende fomentar la salud y prevenir la aparición de secuelas crónicas, quienes han sido

afectados pueden sentirse incapaces de afrontar las amenazas y las pérdidas, por ello la intervención se dirige hacia la transformación de esta percepción.

Las tareas de la intervención van desde proporcionar información clara y oportuna hasta un proceso de apoyo emocional, dentro de lo cual se busca crear un clima de seguridad y confianza, entender y aliviar los síntomas, reforzar la autoeficacia e independencia, elaborar pérdidas, notificar malas noticias y proveer seguimiento para los casos que lo requieran (Abueg y Young, 2008; Baloian, Chia, Cornejo y Paverini, 2007; Ehreinrich, 1999; Martín y Muñoz, 2009; OPS, 2006; y Slaikeu, 1999).

2.7.1.1. Atención de primera instancia

Son la primera ayuda psicológica que recibe una persona cuando está en una crisis. Son técnicas que pueden ser empleadas por personas que no son psicólogos(as) como maestras(os), voluntarios(as), personal socorrista, agentes comunitarios, entre otros (IASC, 2007; Martín y Muñoz, 2009). Hay recursos de salud presentes en todos los seres humanos: cada vez que escuchamos a una persona sus problemas y ésta habla, esto es un recurso de salud mental (Martín y Muñoz, 2009).

Las primeras ayudas que se reciben frente al dolor psicológico son especialmente relevantes en aras de la pronta y efectiva recuperación. Los primeros auxilios psicológicos según Martín y Muñoz (2009), son las primeras intervenciones, que sin ser estrictamente formales, se producen ante cualquier circunstancia que la persona afectada percibe como desbordante. Ciertamente los primeros auxilios psicológicos (PAP) se pueden ver como la carta de presentación del(a) brigadista, pueden cimentar de forma adecuada la alianza terapéutica y es como una llave que pueda garantizar que los términos de la intervención sean los adecuados.

Asimismo, los PAP van más allá del contacto inicial (primeras horas posteriores al evento), pueden encaminar a la persona para que por sí misma logre tener la claridad y continúe en proceso de afrontamiento ante la crisis. Slaikou (1999), agrega que entre los objetivos de los mismos incluyen el proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona con los recursos de ayuda, y para reducir la sensación de malestar de la persona se normalizan sus reacciones ante el suceso

Dentro de los objetivos específicos de los primeros auxilios psicológicos se encuentran: el establecer una conexión emocional a través de la escucha activa y la empatía, proporcionar una visión realista de la situación al recabar información y contrarrestar los errores cognitivos que esté cometiendo la persona, si luego de esto se considera que existen varios factores de riesgo la persona se deriva a algún servicio psicológico de segunda instancia (Slaikou, 1999; Martín y Muñoz, 2009).

2.7.1.2. Atención de segunda instancia

Cuando se habla de intervención en crisis de segunda instancia se hace referencia a una intervención posterior al período crítico y poscrítico en intervención en desastres. En estos periodos se ha resguardado la integridad física y psicológica de la persona y se le han brindado los primeros auxilios psicológicos para estabilizar su capacidad de respuesta ante la crisis. Posterior a ello, se puede trabajar en un proceso terapéutico breve encaminado a la resolución de la crisis (Slaikou, 1999).

La resolución de la crisis se estructura alrededor de cuatro actividades de resolución (a) ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis, (b) la expresión de sentimientos, (c) el dominio cognoscitivo de la situación, es decir que reconozca la relación entre el incidente de crisis y los pensamientos generados; (d) lo que facilita la integración del

suceso a la experiencia de vida y se llegue a recordar como parte del pasado sin sentir malestar (Slaikeu, 1999).

La intervención en segunda instancia se basa en la terapia multimodal propuesta por Slaikeu (1999) que examina durante todo el proceso aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos implicados en el desarrollo de la crisis. Esta terapia no sólo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y entrenamiento, si bien todas las personas pueden recibir capacitación para brindar los primeros auxilios psicológicos, la terapia en crisis solo puede estar a cargo de un profesional en salud mental como son los(as) psicólogos(as). Los cuales sí están en capacidad de trabajar, durante el proceso terapéutico, otras crisis experimentadas anteriormente por las personas afectadas y que quizá no ha podido superarlas, dificultándole la apertura y disposición para encarar el futuro (Slaikeu, 1999).

Para desarrollar plenamente esta terapia se requiere de un ambiente clínico, en consultorios o centros de salud (privados o públicos). Un esquema claro de sesiones en que se incorporen diferentes aspectos, metas, logros, tareas; evaluación y control de variables que inciden en el tratamiento; evaluación continua del proceso del tratamiento; entre otras técnicas y estrategias de tratamiento sobre la crisis o crisis que ha vivido la persona afectada (Slaikeu, 1999; Silva, 2004).

Un aspecto importante, en cuanto a prevención y preparación, es la generación de un proceso de psicoeducación popular e investigación participativa en el cual se trabaja el análisis de la concepción de los desastres para que a partir de una serie de concepciones que provienen de la ciencia, la conciencia mágica, el conformismo y resignación se pueda identificar, analizar y actuar sobre los escenarios de riesgo (Sáenz y Salas, 2000). Así mismo Follete y Ruzek (2006) concuerdan en el tema de la educación pero con énfasis en

las reacciones de estrés y agregan además la necesidad de trabajar en las habilidades de afrontamiento para la ansiedad y en el desarrollo de una Terapia Cognitiva que permita a la persona reconocer que sus creencias inmediatas no están basadas en evidencia.

2.7.2. *Intervención psicosocial*

La atención psicosocial se define como aquella intervención que trasciende los modelos asistencialistas y la atención clínica psiquiátrica, y más bien parte de un modelo de promoción o prevención con un enfoque comunitario, “que permite significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastre” (OPS 2002, p. 3). Contempla la dinámica social en la que se inserta cada persona, dentro de un contexto que reúne aspectos históricos, políticos, económicos, sociales, culturales y religiosos, y no solamente se relaciona con la atención individual que se le brinda a la persona afectada por un desastre (Beristain, 2000).

Es un concepto transversal para todas las decisiones que se toman en la atención en situaciones de desastre que implica tanto acompañar a las personas al enfrentar el sufrimiento, como apoyar la satisfacción de las necesidades básicas y velar porque se respete la dignidad de las personas (Rodríguez, 2006; OPS, 2010). La intervención que se realiza en desastres trabaja de forma simultánea la atención a la comunidad afectada como a personas que se ven mayormente



Figura 5. Pirámide de Intervención para salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. Fuente: Elaboración propia a partir de IASC, 2010, p.3.

afectadas, dado que existe una relación dialéctica entre individuo y sociedad, en la que ambas se influyen para conformar la identidad, por un lado, la singularidad de las personas nutre la identidad colectiva, y por otro lado, la identidad personal parte de lo social para definirse, influyéndose mutuamente (Camacho y Ramírez, 2005).

Al partir de los conceptos y definiciones anteriores las intervenciones se realizan desde diversos ángulos como lo muestran las figuras 5 y 6. Por ello es que los servicios de apoyo psicosocial se integran a la ayuda humanitaria, desde la cual se cubren primero necesidades básicas como la seguridad personal, alimentación, vivienda, trabajo, educación, entre otras. Las necesidades se abordan según la figura 5 en forma de pirámide en la cual se brinda a la población servicios básicos y de seguridad o “ayuda humanitaria”, posteriormente algunas personas necesitarán de apoyo emocional. Según el grado de afectación estas personas podrían necesitar servicios por personal no especializado dentro de los cuales están los primeros auxilios psicológicos, por último las personas más afectadas requerirán de servicios por parte de personal especializado pero es un porcentaje pequeño de la población total. En la figura 6 se detallan las funciones y los responsables de cada uno de estos niveles que se presentaron en la pirámide.

Nivel	Qué se hace	Quiénes lo hacen
1°	<i>Servicios básicos y seguridad:</i> restablecimiento servicios básicos y a la seguridad, de forma que los servicios sean apropiados socialmente, protejan la dignidad, busquen el bienestar de todas las personas, al restablecimiento de las necesidades físicas básicas, que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial.	Fuerza Pública, Cruz Roja, Bomberos de Costa Rica, CNE, AyA, ICE, CCSS, Ministerio de Salud

Nivel	Qué se hace	Quiénes lo hacen
2°	<i>Apoyo psicosocial no especializado:</i> se busca la activación de redes sociales, la reunificación familiar, el apoyo comunitario, los espacios de apoyo convivencia y encuentro para todos los miembros, desde la niñez a la adultez mayor (ej. grupos de mujeres y clubes juveniles), la participación ceremonias o rituales comunales como métodos constructivos de afrontamiento, actividades de educación formal y no formal y las actividades para fortalecer de los medios de subsistencia, entre otros.	Municipalidades, Comités Comunales de Emergencia, Asociaciones de Desarrollo, agrupaciones religiosas de diversa índole
3°	<i>Servicios por parte de personal no especializado:</i> la intervención se dirige hacia un número menor de personas que requieren intervenciones individuales, familiares o de grupo, lo que incluye primeros auxilios psicológicos y la atención básica de la salud mental, ofrecido por trabajadores de atención primaria capacitados y supervisados (pero que no es atención especializada), puede ser incluso trabajadores comunitarios.	Actores sociales capacitados por las brigadas reconocidas por la CNE.
4°	<i>Servicios por parte de personal especializado:</i> atención en salud mental por especialistas (psicólogos, psiquiatras), es un apoyo adicional necesario para un pequeño porcentaje de la población cuyo sufrimiento emocional se ha vuelto intolerable y que pueden tener dificultades significativas para continuar con sus actividades diarias o presentan trastorno mental.	CCSS, otros servicios de salud mental (clínicas, consulta privada)

Figura 6. Elementos de los niveles de intervención. Fuente: Elaboración propia a partir de IASC, 2008^a, 2010, p.3.

Las comunidades aportan todo su conocimiento o sabiduría popular en conjunto con el conocimiento técnico y científico de las(os) profesionales de la Brigada permite la realización una serie de acciones asociadas al fortalecimiento de las capacidades locales. Este fortalecimiento tiene como objetivos la prevención, atención, recuperación y reconstrucción de la comunidad, lo cual se puede realizar por medio de estrategias como: educar en gestión de desastres, concientizar sobre la relación con el ambiente, recuperación ante el impacto psicológico, activar socialmente grupos comunales que permitan la prevención de nuevas situaciones, entre otros (Sánchez, 2007).

Desde la perspectiva psicosocial se promueve que las personas afectadas hagan uso de sus capacidades y potencialidades para recuperarse de la situación, fortaleciendo las redes sociales existentes o haciendo nuevas, buscando los medios para restaurar sus necesidades básicas y siendo conscientes de los riesgos presentes en la comunidad para trabajar sobre ellos (Montero, 2004; Mora, 2012). Se trabaja en para fortalecer la capacidad local en coordinación con otras instituciones y organizaciones de manera que se puedan cubrir las necesidades de manera integral.

Por lo tanto la intervención psicosocial es el proceso de intervención integral y multidisciplinario que se realiza con la comunidad para fortalecer sus capacidades para hacerle frente a situaciones que las han sobrepasado.

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1. Problema de investigación

El presente estudio surge de la solicitud de la Escuela de Psicología, que en aras de organizar a la Brigada de Atención Psicosocial en Emergencias y Desastres de la Universidad de Costa Rica y formalizarla, propuso la elaboración de una guía o manual para el trabajo de campo de los y las estudiantes voluntarios(as).

A nivel nacional e internacional no se encuentran manuales enfocados en la atención psicosocial primaria dirigidos a estudiantes universitarios(as) brigadistas. En el ámbito internacional se presentan manuales de intervención en desastres dirigidos a voluntarios(as) de ayuda humanitaria y profesionales en servicios de salud, más no a la población anteriormente mencionada. Estos manuales presentan un abordaje desde la perspectiva médica y de planificación humanitaria primordialmente. Por esto es que el presente estudio tiene por objetivo la elaboración de un manual de intervención psicológica para la orientación de las tareas de campo de la Brigada.

Este manual se presenta como una guía y herramienta de trabajo básica para la intervención psicológica. Dentro del manual se establecerán una serie de conocimientos teórico metodológicos enmarcados en un rango de acción específico y concordante con las necesidades de la población afectada. Por lo que surgen las siguientes interrogantes:

- 1.1. ¿Cómo traducir los contenidos teóricos – metodológicos básicos requeridos para la intervención psicosocial con población afectada por una situación de desastre, a un manual de intervención psicosocial en el período crítico y poscrítico dirigido a estudiantes avanzados de la carrera de psicología, miembros de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Desastres?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Recabar los insumos necesarios para la elaboración de un manual de intervención psicosocial dirigido a estudiantes avanzados de la carrera de psicología, miembros de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre, para la intervención psicosocial en el período crítico y poscrítico con población afectada por una situación de desastre desde una aproximación cognitivo conductual emocional.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Identificar los aspectos teóricos básicos de la intervención psicosocial desde una aproximación cognitivo conductual emocional en los períodos crítico y poscrítico en situaciones de desastre.

2.2.2. Describir las pautas de intervención psicosocial en situaciones de desastres, según las diferentes poblaciones y etapas de la intervención.

2.2.3. Determinar las habilidades y principios éticos necesarios para la intervención psicosocial en la atención de desastres, realizada por estudiantes voluntarios(as).

2.2.4. Establecer las diferentes tareas según los escenarios de trabajo en los que se desenvuelven las actividades de la Brigada.

IV. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio.

El presente estudio es de tipo cualitativo (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), se realizó una descripción de los diversos efectos psicológicos que se pueden presentar luego de un desastre, tomando en cuenta el contexto de intervención con el que se enfrentarán los(as) brigadistas. Esta descripción se realizó partiendo de las diferencias en cuanto a necesidades que existen dentro de las poblaciones y sus ajustes en términos del abordaje para cada una de ellas.

Dicho estudio se enmarcó en un diseño de investigación *no experimental* (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), dado que no se establecen variables dependientes e independientes para su estudio; *transversal* porque se obtienen la información en un tiempo específico no prolongado; y *exploratorio-descriptivo*, ya que se elaboraron descripciones de los comportamientos de las personas afectadas en un desastre en la realidad costarricense y las intervenciones necesarias y específicas para cada población.

2. Población.

El procedimiento de selección de los(as) participantes fue por sujetos típicos (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), que reunieron los criterios de inclusión, según las posibilidades de las investigadoras. Los(as) participantes del estudio fueron expertas(os) en atención en desastres, estudiantes brigadistas que pertenezcan a la Brigada y exbrigadistas que hayan pertenecido. Estos(as) participantes fueron abordados en la

segunda fase del estudio, específicamente en el periodo de entrevistas. Para seleccionar los(as) participantes se establecieron criterios de selección específicos descritos a continuación.

2.1. Criterios de inclusión de las(os) expertas(os)

- ✓ Tres expertas(os) que desempeñen sus labores dentro de la Comisión Nacional de Prevención y Atención de Emergencias (CNE).
- ✓ Tres expertas(os) que desempeñen sus labores dentro Universidad de Costa Rica (UCR).
- ✓ Que cuenten con al menos con Licenciatura en Psicología.
- ✓ Que cuenten con experiencia en participación en atención directa o indirecta de al menos dos situaciones de desastre durante al menos dos años consecutivos.
- ✓ Que cuenten conocimiento en dos o más de las siguientes temáticas: primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, enfoque de derechos en desastres, evaluación e intervención psicosocial en desastres.

2.2. Criterios de inclusión de las(os) brigadistas y exbrigadistas

- ✓ Tres brigadistas, que sea participantes actuales de las intervenciones de la Brigada. El periodo establecido para participar en la labor de la Brigada fue entre los años 2011 y 2012. Además de contar con experiencia de participación en la atención de al menos una situación de desastre y que haya llevado el Módulo de Intervención en Desastres y/o el Módulo de Intervención en Crisis.
- ✓ Tres exbrigadistas, que participaran de las intervenciones realizadas por la Brigada entre los años 2008-2010. Con experiencia de participación en la

atención de al menos una situación de desastre y que haya llevado el Módulo de Intervención en Desastres y/o el Módulo de Intervención en Crisis.

3. Instrumentos de recolección de la información.

En la fase dos y cuatro del estudio se realizó la recolección de datos. En la segunda fase se realizaron entrevistas semi-estructuradas como se ha mencionado y en la cuarta fase se realizó la validación del manual, para ambas fases se elaboraron y utilizaron instrumentos de recolección de información. Ambos instrumentos fueron elaborados por las autoras de la investigación. Dichos instrumentos se describen a continuación.

3.1. Guía de entrevista

Las guías de entrevista surgieron a partir de la revisión bibliográfica y los objetivos de la investigación, las entrevistas fueron de carácter semi-estructurado.

3.1.1. Guía de entrevista a expertas(os)

El fin de las entrevistas a las(os) expertas(os) fue el de complementar los aspectos teóricos y de intervención psicosocial, así como los lineamientos éticos y humanitarios que rigen el trabajo voluntario en el contexto de desastre.

La guía de entrevista, en su sección inicial explora los datos sociodemográficos de las(os) expertas(os), como son la edad, el lugar de trabajo, la experiencia en atención en desastres y por último el nivel académico.

Posteriormente se indaga sobre la experiencia actual en atención en desastres, la base teórica en la que fundamenta su trabajo, así como las técnicas que han utilizado para

intervenir, evidenciando las más efectivas y qué acciones no se deben realizar durante este tipo de intervención.

Dentro de la guía se contemplan las recomendaciones para el trabajo con los diferentes tipos de población afectada. Asimismo se tocó el tema del autocuidado durante la intervención en desastres, los principios éticos y habilidades que debe tener un(a) voluntario(a) brigadista para desempeñar dicha labor.

Por último, se indaga sobre el formato que debe tener el manual para que facilite su uso en el campo. Dicho instrumento se puede observar en el anexo 4.

3.1.2. Guía de entrevista para los(as) brigadistas y exbrigadistas

Por otra parte, la información que se obtuvo de los miembros anteriores y actuales de la Brigada se tomó para aclarar las tareas que realizan los(as) brigadistas en el campo, el conocimiento, habilidades y valores que requieren para desempeñar dicha labor y el formato de presentación del manual y organización de la información, para que sea de fácil utilización en los momentos en que la Brigada entre a trabajar en comunidad.

Dentro de la guía, es su sección inicial se solicitan los datos sociodemográficos de los(as) brigadistas y exbrigadistas, seguido de un apartado relacionado con los conocimientos adquiridos antes de realizar la primera intervención, cuáles de ellos fueron recibidos en los diferentes cursos y módulos, de la carrera de Psicología, que le fueron oportunos para el trabajo en la Brigada. Posteriormente se les consultó qué tareas desempeñaron y las dificultades encontradas durante el proceso, sobre la importancia de la supervisión y el código de conducta. En la última sección de la guía, se realizaron preguntas sobre el formato más adecuado para la presentación del manual. Dicho instrumento se puede observar en el anexo 5.

3.2. Instrumento de validación del manual

Este instrumento permitió facilitar el trabajo de revisión del manual, por parte de expertas y brigadistas, para la validación del mismo. Este instrumento permitió recolectar de forma sistematizada las sugerencias, correcciones o modificaciones que tanto las(el) expertas(o) como las(os) brigadistas le realizaron al manual.

En una primera sección se le consultó a los(as) participantes si el contenido del manual es pertinente, claro y oportuno para la intervención en desastres, partiendo del conocimiento especializado que poseen las(el) expertas(o) y su facilidad de uso en el campo desde la visión de las brigadistas. En esta sección se les presenta a los(as) participantes el listado del contenido del manual para que lo califiquen según las tres categorías anteriormente mencionadas.

En la segunda sección se les solicita a los(as) participantes que describan los aspectos que necesita mejorar el manual y cuáles son las fortalezas del mismo. En una última sección, se les consulta, si el formato utilizado facilita el uso del manual. Tanto la sección II y III están diseñadas para que los(as) participantes desarrollen sus opiniones.

4. Procedimiento de recolección y sistematización de los datos.

El presente estudio tiene por objetivo la elaboración del Manual de Intervención Psicosocial en Desastres, se organizó en tres fases: en la primera se realizó una revisión y sistematización bibliográfica, seguidamente se llevó a cabo la fase de entrevistas, tanto su realización, documentación y sistematización, y por último la fase redacción y elaboración del manual en sí mismo. A continuación se describe cada fase.

4.1. Fase 1. Revisión bibliográfica

Se realizaron búsquedas temáticas en los siguientes centros de información: Sistema de Información, Bibliotecas y Documentación (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica, Biblioteca Virtual del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) y la Biblioteca Virtual de Salud para Desastres de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La consulta de los documentos: manuales, libros, compendios de tesis, revistas científicas; derivados de la búsqueda en las bases citadas anteriormente se realizó de manera virtual y presencial según el formato de los mismos.

El criterio para la selección del material bibliográfico, fue su relación directa con la temática de la salud mental y atención psicosocial en desastres, tomando en consideración las implicaciones que la problemática tiene de manera particular en cada una de las poblaciones posiblemente afectadas. Asimismo, el equipo asesor realizó recomendaciones bibliográficas pertinentes al tema. A continuación se especifican los principales criterios de búsqueda que se utilizaron:

- Principios éticos
- Habilidades
- Autocuidado
- Principios de trabajo
- Intervención grupal
- Intervención individual
- Intervención familiar
- Intervención comunitaria
- Primeros auxilios psicológicos
- Intervención en crisis
- Ejercicios de relajación
- Reestructuración cognitiva
- Intervención con mujeres
- Intervención con hombres
- Intervención:
- con niños(as) y adolescentes
- con adultos mayores
- con personas con discapacidad
- con personas migrantes
- con personas con enfermedad mental
- con docentes
- con equipos de rescate

Se realizó una revisión de las publicaciones seleccionadas con el objetivo de organizar, clasificar y sistematizar la información contenida en cada una de ellas (Hernández, Fernández & Baptista, 2003; p. 582). Para ello, se elaboraron fichas bibliográficas en las que se incluyeron el autor, año de publicación, título, lugar de edición, palabras clave, un pequeño resumen y un comentario crítico del documento acorde a la pertinencia de su contenido con respecto a la atención en desastres. Asimismo se elaboraron cuadros comparativos, tanto para ordenar los datos como para tener una visión amplia de lo propuesto por cada uno de los materiales consultados.

Cabe indicar que la revisión de material bibliográfico fue constante durante el proceso de elaboración del manual. A fin de identificar aquellas técnicas de intervención más asertivas en la atención psicosocial en desastres.

4.2. Fase 2. Entrevistas

Estas entrevistas fueron llevadas a cabo por las sustentantes de manera presencial. Se citó a los(as) participantes en algún espacio apropiado y de su conveniencia, oficina personal o lugar de trabajo. Para las entrevistas con las(os) brigadistas se escogieron lugares dentro Universidad de Costa Rica que les fuera de su agrado y comodidad.

En dos ocasiones la entrevista a realizar fue mediada por medios electrónicos, se hizo uso de vídeo llamadas para la realización de las mismas, dado que una experta y una de las exbrigadistas se encontraban fuera del país cursando estudios de posgrado.

Se citó a cada una(o) de las(os) participantes por medio de llamada telefónica y correo electrónico. La duración de las entrevistas fue de entre una a una hora y media, según se extendió cada participante. Las entrevistas se grabaron en audio y se realizó una transcripción literal de las mismas, para ello cada uno(a) de los(as) participantes brindó su

autorización firmando el consentimiento informado. Posterior a la transcripción de las grabaciones, estas fueron borradas.

Con los documentos derivados de las entrevistas se procedió de la misma manera en la que se realizó la clasificación y organización del material bibliográfico, pero en lugar de fichas se realizó un cuadro con: el nombre del entrevistado o la entrevistada, años de experiencia en el campo, estudios superiores relacionados con la temática, puesto de trabajo, y las temáticas abordadas durante la entrevista, para tener una visión amplia de lo propuesto por cada uno(a) de los(as) entrevistado(as).

4.3. Fase 3. Elaboración del Manual

Se confeccionó el manual mediante la elaboración de capítulos a partir de la selección de la información y temáticas elegidas. Por otra parte, se tomaron como ejemplos de diseño todos los manuales previamente revisados, de forma que tuviera una lógica de presentación similar.

Como parte de la elaboración de los capítulos, se destacó información contenida en los cuadros comparativos resultantes de la sistematización del material bibliográfico y las entrevistas, se establecieron las relaciones entre las categorías de análisis y a través de la continua profundización sobre los datos y resultados obtenidos, se realizó el índice del manual que permitió la priorización de las temáticas más relevantes para la intervención psicosocial en desastres, la utilización de los cuadros facilitó incorporación de la información clasificada.

Posterior a la incorporación de la información se mantuvo una constante elaboración de las secciones de forma que el contenido se fue puliendo y mejorando, así como su presentación, y que ambos aspectos fueran acordes para su uso e implementación.

4.4. Fase 4. Validación de las(os) expertas(os) y brigadistas

El proceso de validación del manual tuvo como objetivos comprobar la pertinencia del contenido para la intervención, así como para corroborar su consistencia teórica y práctica, y para verificar si la presentación facilita su uso en campo.

Este proceso se llevó a cabo con tres tipos de validaciones, la primera realizada por el comité asesor del trabajo final de graduación, la segunda fue realizada por las(el) expertas(o) y la tercera por las(os) brigadistas.

La primera validación consistió en la aprobación del manual para ser presentado a la validación externa (brigadistas y expertas). Para esta validación no fue necesario el uso de un instrumento de validación. Cada miembro del equipo asesor brindó sus observaciones e indicaciones correspondientes según su amplio conocimiento en la elaboración del manual y en la temática. Posteriormente de las modificaciones al manual según indicaciones señaladas, se presentó el manual para la validación externa.

Para ello se contactó a cinco brigadistas y tres expertas en la atención psicosocial en desastres que revisaran el manual, se les facilitó el manual y el instrumento de validación (anexos 13 y 14) vía correo electrónico. Se escogió esta vía dado que facilitó el contacto con las(os) participantes y la devolución de las observaciones que cada uno(a) de ellas(os) realizaron, algunos de las(os) participantes pudieron reunirse con las sustentantes para hacer la retroalimentación de forma presencial, tomando en cuenta la ya realizada de forma virtual.

Posterior a las observaciones, comentarios y correcciones estas se analizaron y se integraron todas aquellas pertinentes al tema, y realizaron los cambios respectivos al manual.

5. Precauciones para proteger a las personas que participarán en la investigación.

Para la protección de los(as) participantes del estudio se les explicó la investigación a realizar y las razones por las que estaban siendo tomados en cuenta como sujetos de estudio. Este estudio no es intrusivo, por lo cual no representa ningún riesgo para los(as) participantes. De generar algún malestar las sustentantes habrían brindado contención y de ser necesario se habría realizado una referencia a un profesional en psicología.

El presente estudio no representó ningún beneficio directo para los(as) participantes, pero podría llegar a realizar un aporte al trabajo profesional de los mismos. Se utilizó el Consentimiento Informado solicitado por el Comité de Ética aprobado el 4 de junio del año 2008 con las variaciones específicas para cada población (anexos 1, 2 y 3).

6. Limitaciones en la realización de la investigación

Así mismo, se encontraron una serie de limitaciones en el proceso de elaboración del presente estudio, que se presentan a continuación.

- Limitación al acceso a la sistematización de las experiencias de Brigada, específicamente los documentos elaborados sobre su organización y las intervenciones en las que ha participado.
- Durante la sistematización de la revisión bibliográfica, la información encontrada no se encuentra agrupada en un solo documento o compendio sino en diversas fuentes lo que implica un reto de identificación y selección de la información. a labor de recolección más exhaustiva.

- La reducida cantidad de aportes metodológicos y teóricos del modelo cognitivo conductual en la atención de emergencias y desastres, representó una dificultad importante para la integración de los esfuerzos existentes como son el enfoque de gestión del riesgo y atención integral de la salud mental desde un enfoque comunitario.
- La ausencia de técnicas de intervención desde el modelo cognitivo conductual diseñadas específicamente para la atención de emergencias y desastres, implicó un reto para escoger aquellas que pueden utilizarse en estas situaciones.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Resultados de la revisión bibliográfica

La primera etapa de la investigación, según se estableció en la metodología, consistió en la revisión de material bibliográfico (ver anexo 7). Se obtuvo material de los siguientes lugares:

- Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID), iniciativa de la OPS y la OMS.
- Sistemas de Información, Biblioteca y Documentación (SIBDI), de la UCR.
- Biblioteca Virtual de Salud para Desastres, de la OPS y OMS.
- Recomendaciones del equipo asesor de la tesis.

En total se revisaron más de 180 documentos entre los cuales se encontraron: manuales, libros, artículos científicos y guías. Algunos de ellos aportaron desde la perspectiva teórica tanto para la concepción de los desastres y la gestión del riesgo (Lavell, 2010; Wilches-Chaux, 1998), la salud mental (Campos, 2000; Garita y Molina, 2013) el enfoque de derechos (Naciones Unidas, 2013; Proyecto Esfera, 2011, 2004), estrategias y procedimientos de intervención desde la perspectiva cognitivo conductual (Martín y Muñoz, 2009; Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012), así como literatura cognitivo conductual (Muñoz, 2011; Silva, 2004; Follete y Ruzek, 2006) y de psicología en desastres y emergencias (Valero, 2001, 2002; Robles y Medina, 2008). Por otra parte una sección de la bibliografía encontrada era más bien práctica como las guías y los manuales que aportaron recomendaciones al trabajo práctico (OPS, 1999; OPS, 2002; Rodríguez, 2006) y a la elaboración de las estrategias y procedimientos de intervención en el ámbito de la atención

de desastres (Baloian *et al*, 2007; Ehreinrich, 1999; Pastoral Social-Caritas de costa Rica, 2011). De algunos de los manuales y guías se pudo derivar también la mejor manera de organizar y presentar la información dentro del manual (Cruz Roja Ecuatoriana, 2008; OPS, 2010).

Uno de los hallazgos más importantes ha sido el haber comprobado que el modelo cognitivo conductual es efectivo en el tratamiento temprano de estrés agudo y otras manifestaciones relacionadas con trauma y ansiedad (Abueg y Young, 2008; Follete y Ruzek, 2006). Así mismo, encontramos una importante cantidad de manuales y guías elaboradas por organizaciones internacionales con una serie de lineamientos básicos y generales para la intervención en desastres y emergencias que fueron unos de los aportes más significativos para la elaboración del manual (IASC, 2007, 2008^a, 2008^b; OPS, 2002; Save the Children, 2007).

2. Resultados de las entrevistas a expertas(os)

Las entrevistas a expertas(os) se llevaron a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2012. Se entrevistó, según los criterios de inclusión preestablecidos, a tres expertas de la Universidad de Costa Rica (UCR) y a tres expertas(os) de la Comisión de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE). En las entrevistas se utilizó el protocolo elaborado con ese objetivo (ver anexo 4). Una vez realizadas se procedió a su transcripción y posteriormente se analizaron mediante cuadros por categorías temáticas (ver anexos 8 y 9).

Dentro de los datos de los entrevistados destacamos que se encuentran entre los 30 y 41 años, en cuanto a género fueron cinco mujeres y un hombre, y en cuanto a la experiencia tienen entre 8 y 12 años de experiencia en el área de emergencias y desastres. La mayoría

son psicólogas a excepción de un trabajador social y la mayoría poseen maestrías relacionadas con sus áreas de trabajo y experiencia.

Todos las(os) expertas(os) coinciden en la importancia que tiene el acompañamiento o espacio de escucha que se establece mediante la intervención psicosocial y de una estrategia de intervención integral. Sin embargo, también destacan que toda intervención debe realizarse de manera coordinada con las instituciones involucradas y con los mismos miembros del equipo de trabajo. En cuanto al trabajo con las comunidades recomiendan reconocer la organización y dinámica propia de la comunidad, así como identificar líderes y grupos conformados, así como la identificación de poblaciones vulnerables para que las estrategias se adecúen a la realidad de cada comunidad.

Dentro de la entrevista se destacó la necesidad de que los brigadistas cuenten con una serie de conocimientos básicos y una amplia variedad de habilidades para el trabajo en grupo y para desenvolverse en situaciones de riesgo y presión.

Todos destacan la importancia de la elaboración de un manual para la Brigada que permita recoger algunos lineamientos básicos de trabajo y los elementos teóricos que faciliten la eficiencia y eficacia de los procesos. Alguna de la información que consideraron vital para la elaboración del manual es: la labor del brigadista y cómo insertarse en el medio de trabajo, clarificar el concepto de intervención psicosocial y el trabajo interdisciplinario, perfil del brigadista y que contenga los conceptos esenciales para el trabajo en emergencias y desastres (métodos de intervención en crisis, gestión del riesgo, psicología comunitaria, salud mental, trabajo con grupos, manejo de distintas poblaciones, pérdida, crisis y técnicas para el trabajo individual y comunitario).

En cuanto a la presentación del manual sugieren que este sea concreto pero muy claro también, que tenga un orden lógico, que incluya un glosario, y que incluya esquemas, cuadros o gráficos que le agreguen dinamismo y faciliten la comprensión de la información.

3. Resultados de las entrevistas a exbrigadistas y brigadistas

A continuación se describen los resultados de las entrevistas realizadas a las(os) exbrigadistas, y brigadistas. Cada grupo brindan aportes muy valiosos para la realización del manual.

3.1. Entrevistas a exbrigadistas

Las entrevistas a exbrigadistas se llevaron a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2012. Se entrevistó, según los criterios de inclusión preestablecidos, a tres exbrigadistas. En las entrevistas se utilizó el protocolo elaborado con ese objetivo (ver anexo 5). Una vez realizadas se procedió a su transcripción y posteriormente se analizaron mediante cuadros por categorías temáticas y preguntas (ver anexos 10 y 11).

Dentro de los datos de los entrevistados destacamos que se encuentran entre los 30 y 38 años, en cuanto a género fueron dos mujeres y un hombre, y en cuanto a la experiencia tienen entre 5 y 10 años de experiencia en el área de emergencias y desastres. Todos son psicólogos, dos licenciadas y un bachiller.

Los(as) exbrigadistas exponen que mucha de su formación fue autodidacta ya sea mediante la experiencia o la revisión bibliográfica, ya que en el momento en que participaron de la brigada no existían capacitaciones ni ningún curso específico sobre atención de desastres. Aun así lograron llevar a cabo diversas funciones tales como la

intervención individual, facilitación de procesos grupales, reuniones comunitarias y llegaron a aportar como coordinadores o supervisores cuando ya tenían varios años de experiencia.

Consideran que las habilidades más importantes que debe poseer un brigadista son: empatía, escucha activa, comunicación asertiva, habilidad para acompañar, adaptabilidad o flexibilidad, capacidad para trabajar en equipo, capacidad para reconocer las capacidades y limitaciones propias, tolerancia a la frustración, respeto, paciencia y responsabilidad.

Todos reportan alguna vez haberse sentido desubicados con respecto a la intervención que estaban realizando y por no poseer toda la información necesaria a la hora de intervenir. Muchas veces esto lo solucionaron pero hasta después cuando supervisaron la situación. Destacaron la importancia de la supervisión dentro del trabajo de campo tanto para el trabajo y aclarar dudas sobre la tarea como por su papel en el área de contención y apoyo emocional para el voluntario y en actividades de autocuidado.

Para los(as) exbrigadistas la importancia de la elaboración de un manual es imperante como herramienta de referencia teórica y práctica adaptada específicamente al tipo de labores que realiza la Brigada. Consideran importante que incluya elementos del funcionamiento de la Brigada a nivel interno y de organización así como elementos de intervención, un perfil del brigadista e información sobre las normativas que rigen a la Brigada. Así mismo, que incluya la definición de intervención psicosocial y cómo intervenir en las diferentes poblaciones. En cuanto a la presentación del material establecen que es importante darle orden a los contenidos y que incluya cuadros o gráficos que aclaren la información

3.2. Entrevistas a brigadistas

Las entrevistas a brigadistas se llevaron a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2012. Se entrevistó, según los criterios de inclusión preestablecidos, a tres brigadistas. En las entrevistas se utilizó el protocolo elaborado con ese objetivo (ver anexo 5). Una vez realizadas se procedió a su transcripción y posteriormente se analizaron mediante cuadros por categorías temáticas y preguntas (ver anexos 10 y 11).

Dentro de los datos de las entrevistadas se destaca que se encuentran entre los 23 y 24 años, en cuanto a género fueron todas mujeres, y posee entre 2 y 3 años de experiencia en el área de emergencias y desastres. Todas son psicólogas y estudiantes, dos bachilleres y una egresada de la carrera.

Las brigadistas actuales reconocen haber tenido un proceso de formación y capacitación antes de ingresar a la Brigada, lo cual les ha permitido desempeñarse en labores de intervención en crisis tanto en el acompañamiento individual de todo tipo de poblaciones como el trabajo comunitario con diversos entes e instituciones, y trabajando temáticas de prevención de riesgos.

En cuanto a las habilidades propuestas por las brigadistas coinciden con la de los(as) exbrigadistas, en todas menos en cuatro habilidades, agregan: el autocontrol emocional, la capacidad de ser observador(a), la capacidad para pedir ayuda y la capacidad para planificar.

A pesar de su formación, las brigadistas también se han sentido desubicadas en algún momento de su participación en las labores de la Brigada y reafirman la importancia de la supervisión en este sentido y en el del autocuidado del voluntario brigadista. Así mismo, les gustaría que el manual abarque las siguientes temáticas: prevención de riesgos y

planes de emergencia, reacciones comunes, autocuidado, primera respuesta, principios éticos y los objetivos o misión del quehacer del brigadista.

Para las brigadistas la importancia del manual radica en la provisión de una herramienta de referencia adaptada a la Brigada que contenga elementos de intervención, que incluya las particularidades de las poblaciones que se atiende, elementos institucionales sobre la Brigada y organizaciones afines y estrategias de autocuidado. En cuanto a la presentación de la información preferirían un índice bien organizado y un documento que sea claro y concreto.

4. Elaboración del manual

A partir de la información recolectada a través de la revisión bibliográfica y las entrevistas tanto a expertas(os) como a brigadistas y exbrigadistas se elaboró el “Manual de Intervención Psicosocial en Desastres de la Brigada de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres de la Universidad de Costa Rica”.

Los diferentes capítulos están escritos de forma simple y clara para facilitar su comprensión, con recomendaciones prácticas sobre las intervenciones tomando en cuenta las diferentes modalidades de intervención y algunos procedimientos específicos. Se propone un marco general de abordaje.

Este manual es parte del trabajo a futuro para la construcción de puentes teóricos y el reconocimiento de otros aportes para el enriquecimiento del trabajo siempre y cuando se tengan claros los objetivos de la intervención.

En la sección introductoria se describe la naturaleza y estructura de la Brigada de Apoyo Psicosocial y su marco normativo y jurídico. Se determina a qué tipo de población

está dirigido este manual, qué preparación previa debe tener y qué habilidades y valores debería poseer para finalizar con una nota sobre cómo utilizar el manual.

En el primer capítulo se realiza un recorrido sobre los conceptos utilizados en la atención de desastres y los cuales son el sustento teórico de este manual empezando por el modelo cognitivo conductual y luego una definición de desastre desde el modelo de gestión del riesgo. Se define la salud mental en un sentido general para luego profundizar en salud mental en desastres y salud mental comunitaria. Por último pero no por ello menos importante se aportan el enfoque comunitario y el enfoque de derechos con diversos apuntes específicos sobre las poblaciones vulnerables.

El segundo capítulo recopila el impacto psicológico de los desastres empezando por las reacciones iniciales en las primeras horas después del evento para luego describir una a una las reacciones posteriores como: crisis, pérdida, trauma y estrés (tanto agudo como crónico). Para finalizar se describen algunas de las complicaciones posteriores o alteraciones que se pueden encontrar y que ya requieren una intervención especializada o la remisión a otros servicios.

El tercer capítulo contiene lo relacionado con la evaluación, primero comunitaria con algunas herramientas y procedimientos, y el triaje psicológico, la definición y proceso de evaluación conductual; y el diagnóstico diferencial. Se consigna cómo se debe recolectar la información y luego cómo procesarla a partir del concepto de análisis funcional.

El cuarto capítulo contiene estrategias de intervención utilizadas por la Brigada. En primer lugar se describe cómo realizar intervenciones comunitarias, grupales e individuales y aporta una serie de estrategias de abordaje para cada una de ellas. Seguidamente se definen procedimientos de abordaje como los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis detallando luego una gran diversidad de técnicas de abordaje. Como

último apartado del capítulo de intervención se establecen recomendaciones para el trabajo con las necesidades y vulnerabilidades de las diferentes poblaciones en situaciones de desastre.

En el quinto, y último, capítulo del manual se profundiza sobre las recomendaciones para el trabajo dentro de la Brigada en cuanto a preparación previa como las capacitaciones y orientaciones para el trabajo de campo, y plantea cómo elaborar bitácoras e informes de trabajo. Finalmente se dedica una sección al autocuidado que contiene material informativo sobre los factores de riesgo a los que se exponen las(os) brigadistas y algunas recomendaciones para el cuidado de la salud mental de los mismos resaltando el papel de la supervisión para la protección tanto de los(as) afectados(as) por el desastre como de quienes están prestando servicios de salud mental.

5. Resultados de la validación del manual

El manual fue validado por tres grupos distintos, primero por el comité asesor del trabajo final de graduación, seguido por el grupo de las expertas y por último el grupo de las brigadistas. En los tres apartados a continuación se exponen los resultados de la validación.

5.1. Validación por el Comité Asesor

Esta primera validación se realizó con los tres miembros del comité asesor que han acompañado a las sustentantes durante el proceso de creación del manual. Las observaciones realizadas partieron del amplio conocimiento sobre la temática y la elaboración del manual mismo.

Dicha validación se centró en depurar el manual en varios aspectos, reordenar los contenidos del manual incorporando y fusionando apartados en los capítulos desarrollados,

mejorando elementos de redacción y ortografía, resaltando la importancia de incorporar algunos procedimientos de intervención que enriquezcan las labores de las(os) brigadistas. Así como alternativas de presentación de la información para facilitar su uso y comprensión.

5.2. Validación de las(os) expertas(os)

Se contactaron tres expertas(os) en la atención psicosocial en desastres para que validaran el manual a partir del instrumento de validación (anexo 13) que se elaboró con ese objetivo. Dos son Licenciados en Psicología y la otra experta posee una Maestría en Gestión del Riego, todos han estado ligados profesionalmente con la Brigada y cuentan con experiencia en el área entre 6 y 12 años.

En la primera sección del instrumento se le consultó a las(os) participantes si el contenido del manual es pertinente, claro y oportuno para la intervención en desastres, partiendo del conocimiento experto que poseen las(o) expertas(os). En esta sección se les presenta a las(os) participantes el listado del contenido del manual para que lo califiquen según las tres categorías anteriormente mencionadas. En la segunda sección se les solicita a las(os) participantes que describan los aspectos que necesita mejorar el manual y cuáles son las fortalezas del mismo. En una última sección, se les consulta, si el formato utilizado facilita el uso del manual. Tanto la sección II y III están diseñadas para que las(os) participantes desarrollen sus opiniones.

Las(os) expertas(os) resaltaron las siguientes fortalezas del manual, las cuales se presentan de forma textual:

- *En términos generales está muy completo y muy bien hecho.*

- *Introducción: Me parece que el Manual está oportunamente presentado en este apartado. Es claro y breve. Presenta elementos administrativos que son muy útiles para entender la conformación UCR y el nexos con CNE. Deja claro a quienes va dirigido y que no se trata de un proceso de capacitación.*
- *Capítulo 1: Muy puntual el recorrido teórico. Bien el énfasis en el Enfoque de Derechos con las distintas poblaciones.*
- *Capítulo 2: Se realiza un exhaustivo recorrido sobre las principales posturas de intervención, queda claro cómo se conforma el marco conceptual de una intervención psicológica.*
- *Capítulo 3: Muy buena recopilación de los efectos psicológicos de los desastres. Es importante dejar claro cómo en situaciones de desastre no se debe etiquetar o psicopatologizar estos efectos, ya que el desastre hace que las personas tengan reacciones normales o esperadas ante eventos adversos.*
- *Capítulo 4 Y 5: Excelente sistematización de la intervención, tanto en la parte de técnicas y métodos cómo en la operatividad de la brigada.*
- *Es un compendio teórico muy importante para el y la brigadista. Les brinda elementos de intervención concretos y pertinentes y es un complemento muy importante para las capacitaciones.*
- *Logra una adecuada síntesis sobre la materia referente a intervención en situaciones de desastres. Y lo hace con claridad. Recopilando contenido de distintas fuentes muy valiosas y útiles. Esto implica a futuro un “ahorro” en tiempo y materiales para los procesos de capacitación.*

- *Evidencia el esfuerzo realizado por sus autoras por ofrecer un material óptimo para el personal que realiza este tipo de trabajo.*
- *Da cuenta también del manejo del tema que tienen las mismas autoras aunado a la experiencia de campo.*
- *Esta construido desde una perspectiva psicosocial: lo psicosocial no solo es un modo de intervenir, sino una forma de hacer lectura de las situaciones, en este caso de los eventos de desastres y su impacto y su abordaje.*
- *La lectura es accesible para la comprensión, a pesar de ser amplio en contenido e información.*
- *En términos generales me parece que el manual, al ser diseñado para estudiantes, brigadistas y profesionales en el campo de la intervención en desastres cumple con la estructura didáctica. Es decir, es un documento que contiene suficiente material teórico y técnico que se debe conocer para realizar una intervención.*

Por otra parte, algunos de los puntos a mejorar se describen en los párrafos siguientes.

En el *Capítulo Introductorio* la mayoría de las(os) expertas(os) concuerdan en la necesidad de mejorar la claridad del apartado de atención psicosocial y la tarea, resaltando el concepto de enfoque psicosocial. Esta recomendación se tomó en cuenta y se acudió de nuevo a la revisión bibliográfica para realizar las aclaraciones pertinentes.

Una de las expertas recomendó aprovechar de mejor manera el apartado de “¿Cómo utilizar el manual?” aclarando si el propósito es utilizarlo en capacitaciones o de manera

autodidacta y si se debe leer secuencialmente o por capítulos. Se realizó el cambio en esta sección para detallar estas consideraciones.

En el *Capítulo I* las(os) expertas(os) difieren en las recomendaciones que realizaron, se indica que se debe mejorar la claridad del Enfoque de Derechos en cuanto a su relación con la Convención de los Derechos Humanos. Una de las expertas recomienda mejorar la claridad del apartado de Gestión del Riesgo y la otra experta cuestiona la decisión de separar el capítulo de aspectos teóricos con respecto a las pautas de intervención. En cuanto a esta recomendación ya se ha discutido dentro del equipo asesor la necesidad de un marco teórico al principio del manual para entender los procedimientos de intervención que se proponen, sin embargo no es el objetivo del manual que esta sección sea muy extensa ya que se convertiría en un texto difícil de manejar en campo.

Para el *Capítulo II* dos expertas recomiendan modificar el orden de los capítulos II y III para mejorar la secuencia lógica del documento. Esta recomendación fue considerada y se invirtió el orden de estos dos capítulos dando como resultado que le Cap. II es el Impacto Psicológico de los Desastres, seguido por el Cap. III Evaluación Psicológica.

En cuanto al *Capítulo III* cada experta realizó correcciones de redacción para mejorar la claridad en diferentes secciones, las cuales se incorporaron al manual.

En el *Capítulo IV* se realizaron recomendaciones puntuales sobre modificación del lenguaje inclusivo, y pasar del término “personas con discapacidad” a “personas en condiciones de discapacidad”. Se solicitó hacer mención del manual llamado “Retorno a la Alegría” el cual propone la participación de los adolescentes en la recuperación psicoafectiva, se agregó la referencia pero no se cita completo dado que es un texto extenso y con una amplia cantidad de indicaciones para el trabajo con esta población.

En el *Capítulo V* las(os) expertas(os) no mencionaron ningún aspecto por mejorar.

Finalmente, realizaron un par de recomendaciones para mejorar la presentación del manual, se solicitó la revisión de los cuadros en los que la letra es muy pequeña lo que dificulta su lectura y la utilización de imágenes ilustrativas en las diferentes secciones del manual.

5.3. Validación de los(as) brigadistas

Se contactaron cinco brigadistas para que validaran el manual a partir del instrumento de validación (anexo 14) que se elaboró con ese objetivo. Todas(os) las(os) participantes son bachilleres en Psicología de la Escuela de Psicología y poseen una experiencia variada en la atención en desastres que oscila entre los 4 y 10 años, el grupo se compone de un hombre y cuatro mujeres.

En la primera sección del instrumento se le consultó a las(os) participantes si el contenido del manual es pertinente, claro y oportuno para la intervención en desastres, a partir de sus experiencias en el trabajo de campo. En esta sección se les presenta a las(os) participantes el listado del contenido del manual para que lo califiquen según las tres categorías anteriormente mencionadas. En la segunda sección se les solicita a las(os) participantes que describan los aspectos que necesita mejorar el manual y cuáles son las fortalezas del mismo. En una última sección, se les consulta, si el formato utilizado facilita el uso del manual. Tanto la sección II y III están diseñadas para que las(os) participantes desarrollen sus opiniones.

Las(os) brigadistas destacaron los siguientes aspectos, que se transcriben literalmente, como fortalezas del Manual:

- *Es sencillo y bastante claro, toca los elementos más importantes y establece cuales son las bases para el ingreso tanto como para el trabajo con la brigada.*

- *Es relativamente corto, pero realmente contiene todos los temas necesarios para, ya sea preparar por primera vez a un o una Brigadista o para refrescar conocimientos en brigadistas de mayor experiencia.*
- *Brinda conceptos claros, es ameno de leer y entretenido.*
- *De verdad es un manual muy bien hecho, está súper completo y fácil de leer.*
- *Incluye información clave para ser utilizada al momento de una emergencia y desastre.*
- *Tiene una extensión adecuada para ser leída y utilizada como material de referencia.*
- *Cuenta con lenguaje claro y accesible para personas que no estén relacionadas con la temática.*
- *Se manifiesta un gran dominio de toda la información a lo largo del manual, los temas son muy acertados, y hay mucha claridad y relación con la tarea como brigadistas.*
- *Permite una gran aproximación a todo lo que involucra la labor, así como una mirada general a las labores y aprendizajes que se requieren.*
- *La información está muy bien sistematizada, el glosario y anexos son muy pertinentes con información relevante.*
- *Particularmente, considero que la mayor de las fortalezas es el desarrollo del capítulo IV de intervención, las cuales están muy bien sistematizadas, con información amplia e instrumentalización de cada posibilidad lo que permite crear un panorama de posibles intervenciones en situaciones dadas.*

- *Las explicaciones teóricas permiten tener una idea general de los conocimientos básicos requeridos y da una guía de aquello que se puede ampliar o reforzar en relación al conocimiento.*
- *Está muy bien desarrollado, me permitió repasar cosas que no recordaban como se hacían.*
- *Creo que es bastante fácil de utilizar, el formato es claro.*
- *El formato utilizado es el adecuado, es agradable a la vista, fácil de leer y tiene esquemas y otras ayudas para recordar algunos temas específicos.*
- *A nivel de colores e información visual está muy bien, el manual es llamativo e invita a la lectura.*

Por otra parte, algunos de los puntos a mejorar se describen en los párrafos siguientes.

En el Capítulo Introductorio uno de los(as) brigadistas realiza diversas recomendaciones tales como aclarar el trabajo de otros profesionales, su importancia y su vínculo con la brigada lo cual se agregó en ese apartado. Así mismo, sugirió establecer algunas recomendaciones específicas para personas que no sean de psicología e incorporar dentro de las habilidades de los(as) brigadistas: la capacidad crítica, construcción de formas alternativas de intervención, ética personal y política. En cuanto a la primera ya se realizó la corrección en la introducción y en otras secciones para que quede claro que el documento va dirigido a estudiantes de psicología solamente, y sobre la segunda estas habilidades no se encontraron en la bibliografía ni en las entrevistas y están incluidas dentro de la definición de otras.

Sobre el Capítulo I coincidieron en fortalecer el enfoque de género tanto en cuanto a masculinidad como en cuanto al trabajo con la comunidad LGBT y ambas temáticas recomendaciones se incorporaron al documento. Además, sugirieron incorporar una reflexión sobre el marco ético, mas aún este se encuentra bastante claro en los principios éticos descritos en el enfoque de derechos.

En el Capítulo II igual que las(os) expertas(os) recomiendan cambiar el orden de los capítulos II y III. En la evaluación psicológica sugieren resaltar el peso que tiene el imaginario social y el carácter simbólico de las cosas y la relación con la afectación que sufra la persona, lo cual se incorporó dentro de este capítulo.

No hay ninguna sugerencia sobre el Capítulo III.

En cuanto al Capítulo IV: los(as) brigadistas en su mayoría anotaron que se deben fortalecer las pautas de atención con hombres, con personas con discapacidad cognitiva y con docentes y en centros educativos. Estas recomendaciones fueron recibidas y se agregaron más pautas para estas poblaciones.

No se realizaron recomendaciones para el Capítulo V, pero se sugirió incorporar en los anexos un listado de documentos o textos a los cuales dirigirse para fortalecer la intervención, por ello se revisó la lista de referencias bibliográficas para recoger aquellas que fuesen herramientas de consulta sobre intervención.

Finalmente, realizaron un par de recomendaciones para mejorar la presentación del manual, lo cual era uno de los propósitos de nuestra consulta a los(as) brigadistas como usuarios meta. Entre ellas solicitaron una revisión del formato y ortografía el cual se realizó. Así mismo, sugirieron mejorar la presentación de los cuadros que en algunos casos son muy grandes y no tienen encabezados. Por otra parte sugieren la realización de una

versión resumida para consulta rápida en el campo y que se transcriba a braille para que sea accesible.

Teniendo presente tanto las sugerencias del comité asesor, como de la validación externa del manual se pasó a su modificación y depuración final, permitiendo presentar a continuación el producto final del presente estudio.

6. Manual de Intervención Psicosocial en Desastres de la Brigada de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres de la Universidad de Costa Rica.

El resultado principal del presente trabajo final de graduación es el Manual, en el cual se condensan los resultados de todo el proceso de investigación y elaboración. El mismo es el resultado de un arduo proceso de elaboración, el cual se presenta a continuación.

Manual de Intervención Psicosocial en Desastres

de la Brigada de Apoyo Psicosocial
en Emergencias y Desastres
de la Universidad de Costa Rica



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Silvia Umaña Álvarez
Auria Zárate Montero

Ψ Escuela de
Psicología

2014

Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO	101
ÍNDICE DE FIGURAS	104
ABREVIATURAS	106
INTRODUCCIÓN	107
1. ¿QUÉ ES LA BRIGADA?	109
2. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO EL MANUAL?	112
a) <i>Habilidades</i>	112
b) <i>Valores</i>	113
3. ¿CÓMO UTILIZAR EL MANUAL?	115
CAPÍTULO I. ASPECTOS TEÓRICOS	116
1. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL	116
a) <i>Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Aspectos esenciales</i>	117
b) <i>Terapia Cognitiva. Aspectos esenciales</i>	118
2. ENFOQUE COMUNITARIO	119
3. DESASTRES	121
a) <i>Gestión del Riesgo</i>	122
4. SALUD MENTAL	124
a) <i>Salud mental comunitaria</i>	125
b) <i>Salud mental en desastres</i>	126
5. ENFOQUE DE DERECHOS	127
a) <i>Niñez y adolescencia</i>	128
b) <i>Adulthood mayor</i>	129
c) <i>Personas migrantes</i>	130
d) <i>Personas en condición de discapacidad</i>	131
e) <i>Género</i>	132
CAPÍTULO II. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS DESASTRES	134
1. REACCIONES INICIALES	134
2. CRISIS	136
3. ESTRÉS	137
a) <i>Estrés agudo</i>	138
b) <i>Estrés crónico</i>	139
4. PÉRDIDA	139
a) <i>Reacciones ante la pérdida</i>	140
b) <i>Reacciones ante personas desaparecidas</i>	141
5. COMPLICACIONES POSTERIORES	143
a) <i>Trastornos de ansiedad</i>	143
b) <i>Efectos por problemas del estado de ánimo</i>	144
c) <i>Alteraciones del comportamiento</i>	144
d) <i>Otras alteraciones</i>	145
CAPÍTULO III. EVALUACIÓN	146
1. EVALUACIÓN COMUNITARIA	146
a) <i>Definición</i>	146
b) <i>Procedimiento</i>	148
a. Evaluación de la vulnerabilidad en general	149

2.	TRIAJE PSICOLÓGICO	152
3.	PERFIL DE VALORACIÓN CASIC	154
4.	EVALUACIÓN CONDUCTUAL	156
	a) <i>Definición</i>	157
	b) <i>Procedimiento</i>	158
5.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	164
	a) <i>Trastorno por Estrés Agudo</i>	164
	b) <i>Trastorno de Estrés Postraumático</i>	166
	c) <i>Personas con Enfermedad Mental</i>	168
	d) <i>Riesgo de Suicidio</i>	169
CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN		170
1.	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	170
	a) <i>Intervención comunitaria</i>	170
	a. Acompañamiento y espacios de escucha	174
	b. Capacitación de agentes comunitarios	175
	c. Intervención casa por casa	176
	d. Estrategias de comunicación	176
	b) <i>Intervención grupal</i>	177
	c) <i>Intervención individual</i>	181
2.	PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN	184
	a) <i>Herramientas para la intervención en crisis</i>	185
	a. Primeros auxilios psicológicos	185
	b. Segunda instancia	189
	b) <i>Otras herramientas de abordaje</i>	190
	a. Relajación	190
	b. Reestructuración cognitiva	195
	c. Habilidades de afrontamiento paliativo	198
	d. Solución de problemas	198
	e. Exposición Terapéutica Directa	202
	f. Técnicas expresivas	205
3.	ESTRATEGIAS DE ABORDAJE SEGÚN POBLACIONES	208
	a) <i>Niñez y adolescencia</i>	208
	a. Niñez	208
	b. Adolescencia	209
	b) <i>Adulthood</i>	210
	a. Mujeres	210
	b. Hombres	211
	c) <i>Adulthood mayor</i>	211
	d) <i>Migrantes</i>	213
	e) <i>Personas en condición de discapacidad</i>	213
	f) <i>Equipos de primera respuesta</i>	214
	g) <i>Docentes y Centros Educativos</i>	216
CAPÍTULO V. PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS DE LA BRIGADA		218
1.	PREPARACIÓN	218
	a) <i>Capacitaciones</i>	218
	b) <i>Orientaciones para el trabajo de campo</i>	219
2.	BITÁCORAS E INFORMES DE TRABAJO	220
3.	AUTOCAUIDADO	221
	a) <i>Supervisión</i>	225
CONCLUSIÓN		226
GLOSARIO		228

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXOS	242
1. ORGANIGRAMA DEL SISTEMA NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO.	242
2. FICHA PARA LA EVALUACIÓN COMUNITARIA	243
3. INVENTARIO DE ACTORES SOCIALES	247
4. LISTADO DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS.	249
5. EXPLORACIÓN CLÍNICA.	250
6. ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS).	251
7. ESCALA DE IMPACTO DE EVENTO (IES).....	253
8. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS (CAE).	255
9. CUESTIONARIO DE REACCIONES DE ESTRÉS AGUDO DE STANFORD.	258
10. INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS (ICPT)	260
11. INVENTARIO DE RIESGO SUICIDA DE BECK.	262
12. PROTOCOLO DE REFERENCIA.	265
13. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES.....	266
14. PROCEDIMIENTO BÁSICO DE LA RELAJACIÓN PROGRESIVA.	268
15. TRABAJAR CON DIFERENTES NARRATIVAS.	270
a) <i>Narrativas de tristeza</i>	270
b) <i>Narrativas de autodestrucción</i>	270
c) <i>Narrativas de rabia</i>	271
d) <i>Narrativas de vergüenza</i>	271
e) <i>Narrativas de miedo</i>	272
f) <i>Narrativas desde la posición de víctima</i>	272
16. PROTOCOLO DE INFORME DE INTERVENCIÓN.	274
17. PROTOCOLO DE INFORME DE ATENCIÓN DE CASOS.....	276
18. DOCUMENTOS DE APOYO PARA LA INTERVENCIÓN.	278
19. CÓDIGO DE CONDUCTA DE LA BRIGADA	280
20. ¿QUÉ LLEVAR A LAS INTERVENCIONES CON LA BRIGADA?	281

Índice de figuras

FIGURA 1: MODELO ABCDE.....	117
FIGURA 2: CONCEPTOS BASE DEL MODELO COGNITIVO DE BECK.	118
FIGURA 3: FASES DEL DESASTRE.....	122
FIGURA 4: DEFINICIÓN DE RIESGO	123
FIGURA 5: DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL.....	125
FIGURA 6: PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD.....	130
FIGURA 7: REACCIONES INICIALES.....	135
FIGURA 8: ASPECTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE LA CRISIS	136
FIGURA 9: REACCIONES ANTE LA PÉRDIDA.....	141
FIGURA 10: ASPECTOS QUE DEFINEN LA TAREA.	147
FIGURA 11: ASPECTOS A IDENTIFICAR EN LA COMUNIDAD.....	147
FIGURA 12: FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA VULNERABILIDAD	148
FIGURA 13: INDICADORES BÁSICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA VULNERABILIDAD.....	151
FIGURA 14: ESCALA DE TRIAGE EN SALUD MENTAL.	154
FIGURA 15: ÁREAS DE VALORACIÓN DEL CASIC.	156
FIGURA 16: FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL.....	157
FIGURA 17: FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO.....	160
FIGURA 18: CAMBIOS SOCIALES Y AMBIENTALES POSTERIORES AL EVENTO	161
FIGURA 19: ESQUEMA PARA REALIZAR EL ANÁLISIS FUNCIONAL.....	163
FIGURA 20: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO	165
FIGURA 21: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.	167
FIGURA 22. PIRÁMIDE DE INTERVENCIÓN PARA SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS.....	171
FIGURA 23. ELEMENTOS DE LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN.....	172
FIGURA 24: INTERVENCIONES TEMPRANAS.....	173
FIGURA 25: ELEMENTOS DE TRABAJO EN GRUPOS INFORMATIVOS Y DE APOYO EMOCIONAL	180
FIGURA 26: ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL.....	183
FIGURA 27: ASPECTOS CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	185
FIGURA 28: COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.....	187
FIGURA 29: ELEMENTOS DEL ACERCARSE.....	188
FIGURA 30: INDICACIONES PARA LA TENSIÓN POR GRUPO MUSCULAR.....	192
FIGURA 31: EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN	193
FIGURA 32: OTRO EJERCICIO DE RESPIRACIÓN	193

FIGURA 33. EJERCICIO DE VISUALIZACIÓN.....	194
FIGURA 34. EJERCICIO DE IMÁGENES DIRIGIDAS.....	195
FIGURA 35. EJERCICIO DE ESCUCHAR MÚSICA.....	195
FIGURA 36: ESTRATEGIAS PARA LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.....	197
FIGURA 37: HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO PALIATIVO.....	198
FIGURA 38: TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	199
FIGURA 39: TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE D’ZURILLA Y GOLDFRIED (1971).....	201
FIGURA 40: PROGRAMA SCIENCE DE MAHONEY (70’S).....	202
FIGURA 41: EXPOSICIÓN TERAPÉUTICA DIRECTA.....	205
FIGURA 42: RECOMENDACIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA TERCERA EDAD.....	212
FIGURA 43: VARIABLES ESTRESANTES DEL TRABAJO EN SITUACIONES DE DESASTRE.....	214
FIGURA 44: REACCIONES COMUNES DE LOS EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA ANTE EL ESTRÉS.....	215
FIGURA 45: INTERVENCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA.....	216
FIGURA 46: RESPONSABILIDADES DE LOS DOCENTES.....	216
FIGURA 47: LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA EL TRABAJO DE CAMPO.....	220
FIGURA 48: FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EQUIPOS DE RESPUESTA.....	222
FIGURA 49: RECOMENDACIONES PARA MANTENER LA SALUD MENTAL EN LOS EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA.....	224
FIGURA 50: RECOMENDACIONES PARA RESGUARDAR LA PROPIA SALUD MENTAL.....	224

Abreviaturas

A y A	Acueductos y Alcantarillados
Brigada	Brigada de Atención Psicosocial en Emergencias y Desastres
CATAPS	Comité Asesor Técnico de Apoyo Psicosocial
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CEPREDENAC	Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central
CNE	Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias
COE	Centro de Operaciones de Emergencias
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ICE	Instituto Costarricense de Electricidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCGIR	Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres
PGRRD	Programa de Gestión del Riesgo y Reducción de Desastres
PREVENTEC	Programa de Información Científica y Tecnológica para Prevenir y Mitigar Desastres
TEA	Trastorno por Estrés Agudo
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TREC	Terapia Racional Emotivo Conductual
UCR	Universidad de Costa Rica
UNICEF	Fondo para la Niñez de las Naciones Unidas

Introducción

El presente manual es el resultado del Trabajo Final de Graduación de las sustentantes Silvia Umaña Álvarez y Auria Zárate Montero para la Licenciatura en Psicología de Universidad de Costa Rica. Surge a partir de la experiencia de intervención que ambas sustentantes realizan al insertarse en la Brigada en el año 2009 y del proceso de organización que la Brigada emprende en conjunto con la Escuela de Psicología para proveer el proyecto de recursos de apoyo para su trabajo.

La elaboración de este manual se realizó a partir de una extensa revisión bibliográfica de guías, manuales, textos, artículos sobre la atención psicosocial en desastres y entrevistas a expertos(as) en el tema, exbrigadistas y brigadistas.

Los diferentes capítulos están escritos de forma simple y clara para facilitar su comprensión, con recomendaciones prácticas sobre las intervenciones tomando en cuenta las diferentes modalidades de intervención y algunos procedimientos específicos. Se propone un marco general, aunque reconocemos que la diversidad de teorías en psicología permite abordajes diferentes. Es parte del trabajo a futuro la construcción de puentes teóricos y el reconocimiento de otros aportes para el enriquecimiento del trabajo siempre y cuando se tengan claros los objetivos de la intervención.

En la *sección introductoria* se describe la naturaleza y estructura de la Brigada de Apoyo Psicosocial y su marco normativo y jurídico. Se determina a qué tipo de población está dirigido este manual, qué preparación previa debe tener y qué habilidades y valores debería poseer para finalizar con una nota sobre cómo utilizar el manual.

En el *primer capítulo* se realiza un recorrido sobre los conceptos utilizados en la atención de desastres y los cuales son el sustento teórico de este manual empezando por el modelo cognitivo conductual y luego una la definición de desastre desde el modelo de gestión del riesgo. Se define la salud mental en un sentido general para luego profundizar en salud mental en desastres y salud mental comunitaria. Por último pero no por ello menos importante se aportan el enfoque comunitario y el enfoque de derechos con diversos apuntes específicos sobre las poblaciones vulnerables.

El *segundo capítulo* recopila el impacto psicológico de los desastres empezando por las reacciones iniciales en las primeras horas después del evento para luego describir una a una las reacciones posteriores como: crisis, pérdida, trauma y estrés (tanto agudo como crónico). Para finalizar se describen algunas de las complicaciones posteriores o alteraciones que se pueden encontrar y que ya requieren una intervención especializada o la remisión a otros servicios.

El *tercer capítulo* contiene lo relacionado con la evaluación, primero comunitaria con algunas herramientas y procedimientos, y el triaje psicológico, hasta la definición y proceso de evaluación conductual y el diagnóstico diferencial. Se consigna cómo se debe recolectar la información y luego cómo procesarla a partir del concepto de análisis funcional.

El *cuarto capítulo* contiene estrategias de intervención utilizadas por la Brigada. En primer lugar se describe cómo realizar intervenciones comunitarias, grupales e individuales y aporta una serie de estrategias de abordaje para cada una de ellas. Seguidamente se definen procedimientos de abordaje como los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis detallando luego una gran diversidad de técnicas de abordaje. Como último apartado del capítulo de intervención se establecen recomendaciones para el trabajo con las necesidades y vulnerabilidades de las diferentes poblaciones en situaciones de desastre.

En el *quinto, y último, capítulo* del manual se profundiza sobre las recomendaciones para el trabajo dentro de la Brigada en cuanto a preparación previa como las capacitaciones y orientaciones para el trabajo de campo, y plantea cómo elaborar bitácoras e informes de trabajo. Finalmente se dedica una sección al autocuidado que contiene material informativo sobre los factores de riesgo a los que se exponen los y las brigadistas y algunas recomendaciones para el cuidado de la salud mental de los mismos resaltando el papel de la supervisión para la protección tanto de los afectados por el desastre como de quienes están prestando servicios de salud mental.

El propósito de este trabajo es generar una herramienta útil para colaborar con la calidad de las intervenciones de los y las brigadistas, quienes como estudiantes de Psicología a partir de sus habilidades y destrezas, puedan articular una evaluación certera de la comunidad y la persona afectada por el desastre y, de esta forma, actuar efectivamente en favor de la salud mental de la misma. La profesionalización por la que pasan los y las estudiantes les permite dar un trabajo de alta calidad, respetuoso, comprometido y efectivo.

1. ¿Qué es la Brigada?

La Brigada surge a partir de una demanda social de atención en situaciones de desastre durante la emergencia del Huracán Juana en 1988 y desde entonces ha trabajado por más de 20 años a nivel nacional en diversas comunidades de nuestro país como: Escazú, Santa Ana, Turrubares, Cinchona, Atenas, Jucó, Sixaola, Portalón, Quepos, Parrita, Limón, entre otras; y a nivel internacional en El Salvador, Nicaragua, Honduras y Chiapas, México (Saéñz y Jurado, 2010).



Está conformada por docentes y estudiantes, profesionales en Psicología, que brindan atención especializada en salud mental con un enfoque psicosocial a las comunidades, y en otras disciplinas como geología y sociología, que brindan asesorías y capacitaciones en gestión del riesgo. Este equipo está compuesto por voluntarias y voluntarios, en su mayoría estudiantes. Asimismo cuenta con la colaboración tanto de las Unidades Académicas de Universidad como con otras organizaciones permitiendo conformar un equipo interdisciplinario que trabaja con la Brigada en algunas intervenciones y capacitaciones. Algunas de estas organizaciones asociadas a diferentes instancias de la Universidad son el Programa Institucional de Reducción del Riesgo y Atención de Emergencias ante Desastres (PGRRD) y el Programa de Información Científica y Tecnológica para Prevenir y Mitigar Desastres (PREVENTEC), y otras instancias de la UCR además del trabajo conjunto que realiza con las demás brigadas reconocidas por la CNE.

La Brigada de Atención Psicosocial en Emergencias y Desastres es un proyecto inscrito en la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica bajo la modalidad de extensión docente de la Escuela de Psicología. Su trabajo se enmarca normativa y jurídicamente por la Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo N°8488, el Reglamento a la Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo (Decreto Ejecutivo N°34361) y la Política Nacional de Salud Mental (2012) del Ministerio de Salud que la facultan para desarrollar sus labores, así como toda normativa destinada a la protección y promoción de cualquier población vulnerabilizada por razones, físicas, mentales, socioeconómicas, políticas o culturales.

Esta normativa jurídica anteriormente mencionada faculta a la Universidad de Costa Rica para la creación un Programa Institucional de Reducción del Riesgo y Atención de Emergencias ante Desastres (PGRRD) y por ende la creación de una Brigada de Apoyo Psicosocial. Según el Plan Nacional de Salud Mental (2012) a la Brigada, como una de las brigadas reconocidas por la CNE, le corresponde la “atención integral a los y las

sobrevivientes por desastres” (p. 61) brindando una “respuesta oportuna y efectiva en las distintas etapas de estos acontecimientos para el fortalecimiento de la salud mental” (p. 51).

La Brigada, por medio de su coordinadora, participa en el Comité Asesor Técnico de Apoyo Psicosocial (CATAPS) de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) y sus intervenciones están inscritas dentro del accionar del mismo. Forma parte de una serie de alianzas estratégicas que son activadas en los procesos de atención psicosocial de emergencias, mediante los cuales los recursos materiales y humanos de la Brigada, es decir, de la Universidad, son puestos a disposición de la CNE, que a la vez es el órgano coordinador para la atención en emergencias y desastres en nuestro país (Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo N°8488, artículos 26 y 33).

A nivel operativo la Brigada se activa o entra a trabajar por llamado de diversas instancias, en el anexo 1 se puede observar un organigrama que permite una mejor comprensión de los niveles de organización que se detallan a continuación:

- ✓ La Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE),
- ✓ El Centro de Operaciones de Emergencias (COE),
- ✓ El Comité Técnico Asesor de Apoyo Psicosocial (CATAPS),
- ✓ Los Comités Regionales, Municipales y Comunales de Emergencias, y
- ✓ La Rectoría de la Universidad de Costa Rica.

La institución encargada de la atención en emergencias, la CNE establece lineamientos para el trabajo de atención a la población afectada y las instituciones y organizaciones asociadas (gubernamentales o comunitarias), entre ellas la Brigada, quien coordina de manera local con el Comité Municipal de Emergencias (CME) y con los y las oficiales de enlace de la CNE para establecer los objetivos y metas de trabajo, áreas y sectores en los que debe intervenir y poblaciones a las que se debe brindar apoyo fortaleciendo las capacidades locales y haciendo uso de ellas.

La tarea que realiza la Brigada es el fortalecimiento de la capacidad local que tienen los CME en la atención psicosocial y la salud mental, la labor de la Brigada viene a fortalecer y reforzar su capacidad de respuesta que ha sido sobrepasada por la situación, teniendo presente que la atención más efectiva en desastres son los programas y servicios de atención comunitarios sensibles y conscientes de las necesidades locales, buscando así su autogestión y descentralización de la atención ante el desastre.

Por ello se desarrollan procesos de capacitación que empoderen las capacidades locales, y que además se les reconozcan sus conocimientos, fortalezas, capacidad y acción, de forma que la Brigada brinda apoyo y fortalecimiento así como pautas para la salud mental de los miembros de los equipos de atención, tanto al personal especializado en la salud mental (médicos(as), enfermeras(os), psicólogas(os), trabajadoras(es) sociales), así como el personal no especializado (socorristas, voluntarios(as) equipos de primera respuesta -bomberos, cruz roja, fuerza pública -, personal docente y educativo).

Para establecer en conjunto con ellos metodologías de trabajo para la atención a la salud mental ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características culturales de las comunidades, así como de manera más integral y comunitaria (OPS, 2002).

A partir del marco normativo y jurídico que la rige, el proyecto de la Brigada, establece los siguientes objetivos para su trabajo:

Objetivo General: Brindar atención psicosocial a las y los miembros de las comunidades afectadas por un desastre o emergencia, promocionando la salud mental en las comunidades afectadas, además de propiciar procesos de organización comunitaria para la reducción del riesgo ante desastres.

Objetivos Específicos:

1. Brindar atención psicosocial primaria y secundaria a las personas de las comunidades afectadas por emergencias y desastres, o que se encuentran en riesgo.
2. Promover la salud mental mediante actividades de psicoeducación.
3. Capacitar a actores sociales comunales en gestión del riesgo desde un enfoque de derechos de niñas, niños y adolescentes (Escuela de Psicología, 2013, párr.16).

Así mismo a nivel institucional como parte del PGRRD de la UCR la Brigada atiende emergencias y situaciones especiales surgidas dentro de las actividades de la Universidad, en sus campus y que afectan a la comunidad educativa.

Este proyecto integra los pilares de la Universidad que son: la acción social, la investigación y la docencia, permitiendo el contacto permanente entre universidad-comunidad nacional, que se constituye en un espacio de formación alternativa y que a su vez es un semillero de propuestas investigativas (Sáenz, Vindas y Villalobos, 2013). Se ha generado conocimiento a partir de las experiencias de trabajo comunitario aunado al apoyo teórico de las guías de la Organización Panamericana de Salud (2010, 2004, 2002 y 1999) y más recientemente a otros autores (Valero, 2002; Martín y Muñoz, 2009) que forman el sustento teórico, metodológico y práctico del quehacer de la Brigada.

Se debe recalcar, que el trabajo de la Brigada se rige por los principios orientadores de la Universidad de Costa Rica a fin de planificar un conjunto de acciones “al servicio directo de la comunidad, la capacidad académico-institucional, con el propósito de promover su desarrollo y su bienestar general, así como de retroalimentar y adecuar su quehacer institucional a las necesidades prioritarias de la realidad nacional” (Vicerrectoría de Acción Social, 1996; Escuela de Psicología, 2013, párr.3). De igual forma se propone en su Estatuto Orgánico “desarrollar una acción universitaria planificada en pro del mejoramiento continuo para contribuir a elevar el desarrollo humano y la calidad de vida de los y las habitantes del país” (UCR, 1974, p. 1).

La principal motivación de la intervención es aliviar el sufrimiento humano entre quienes están menos preparados para soportar las consecuencias de un desastre. No responde a intereses políticos. La ayuda debe ser universal, imparcial e independiente (Cruz Roja y Media Luna Roja, 1995). Por tanto ningún trabajo de ayuda humanitaria y/o voluntariado en psicología puede omitir los principios éticos que lo rigen.

2. ¿A quién va dirigido el manual?

Este manual está dirigido a quienes integran o integrarán el proyecto de la Brigada, generalmente son estudiantes voluntarios(as) de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

Un trabajo del curso de Psicología del Trabajo y las Organizaciones de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica determinó que el perfil del(a) brigadista es el siguiente:

Persona responsable de la intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastre, encargada de acompañar, identificar y atender a las personas involucradas en la situación y de realizar acciones de primeros auxilios psicológicos para contener, disminuir y diagnosticar los síntomas y los factores de riesgo para su respectivo seguimiento y traslado a otras instituciones competentes, incluyendo los factores psicosociales dentro de los aspectos principales de intervención además de incluir otras acciones como el acompañamiento, evaluación y atención en general no solo en la intervención sino también en el seguimiento y traslado de los casos que así lo ameriten (Galeano, Vega y Blanco, 2012, p. 24).

Siguiendo la lógica de la pirámide de niveles de intervención los y las brigadistas serán ubicados(as) en labores acordes a sus habilidades y nivel de capacitación por la coordinación de la Brigada. En los dos primeros niveles de atención participarán la mayoría de voluntarios(as) pero para el segundo nivel se requiere haber recibido capacitación y contar con alguna experiencia práctica. En cuanto al cuarto nivel éste será desempeñado sobre todo por psicólogos(as) licenciados(as) e incorporados(as) al respectivo colegio profesional o por estudiantes de Licenciatura bajo estricta y continua supervisión.

Los(as) estudiantes voluntarios(as) de la Brigada a los(as) que se dirige este manual requieren de una serie de conocimientos previos que garanticen una intervención ética y de calidad. Se procura que sean estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Psicología y que hayan participado en los siguientes cursos o módulos:

- Módulo de Intervención en Desastres;
- Módulo de Psicología Comunitaria, preferiblemente con énfasis en Gestión del Riesgo;
- Módulo de Intervención en Crisis; y
- Algunos otros cursos que podrían enriquecer su labor son: Procesos Grupales, Teoría Psicosocial y Teoría del Desarrollo Humano; y los Módulos de Salud, Familia, Educativa y Psicología y Violencia.

a) Habilidades

El trabajo de un(a) brigadista es particular al tener que lidiar con el dolor humano, trabajar con heridos, personas con pérdidas de bienes, familiares de fallecidos, procurar la estabilización ante la desorganización social, desmentir rumores y evitar la desinformación, trabajar con las frustraciones, el enojo y el temor; en un ambiente confuso, cambiante y peligroso (Valero, 2002). Por eso requiere de una serie de habilidades o competencias. A

continuación se detallan las competencias que según la investigación de Galeano, Vega y Blanco (2012) son las más necesarias:

- Compromiso organizacional
- Disciplina
- Habilidad para las relaciones interpersonales
- Planificación y organización
- Sentido de urgencia
- Trabajo en equipo
- Autocontrol
- Liderazgo
- Solución de problemas

Por otra parte, en las entrevistas realizadas a expertos se determinaron las siguientes habilidades:

- Empatía
- Escucha activa
- Comunicación asertiva
- Adaptabilidad
- Tolerancia a la frustración
- Capacidad de trabajar en equipo
- Capacidad para trabajar bajo presión
- Capacidad para pedir ayuda
- Capacidad para planificar
- Proactividad
- Capacidad física
- Autoconocimiento
- Capacidad de análisis
- Capacidad de aprender

En el Glosario del manual se detallan las definiciones de cada una de las competencias y habilidades aquí presentadas.

b) Valores

Al estar adscrito al quehacer de la Universidad de Costa Rica el trabajo de la Brigada debe enmarcarse dentro de una serie de valores y principios que aseguren un máximo nivel de calidad, compromiso y ética. Algunos de los valores de la Universidad (UCR, 2010, 2009) son:

- Excelencia
- Sentido de la justicia y de la equidad
- Pertinencia
- Transparencia
- Participación democrática
- Creatividad
- Respeto a las personas y aceptación de las diferencias.

Los valores mencionados se complementan con los destacados en las entrevistas realizadas a expertos:

- Solidaridad
- Compromiso
- Compañerismo
- Respeto
- Tolerancia

De igual forma, la Universidad promueve también la integridad, la humildad, la autenticidad y la responsabilidad, como elementos fundamentales para la realización de las personas, de los colectivos y del quehacer institucional. La acción social, desde donde trabaja la Brigada, es un proceso de vinculación entre el conocimiento que genera la academia con las necesidades de la sociedad costarricense. Como base de esta acción social hay una “formación humanista, científica y técnica, de cara a la realidad social del país para la construcción de una sociedad solidaria, equitativa, justa y libre, en procura de una vida digna para las personas en el marco del respeto a los derechos humanos” (Escuela de Psicología, 2013, párr. 1).

3. ¿Cómo utilizar el manual?

Este manual de intervención psicosocial en desastres puede utilizarse como herramienta, complemento o material de apoyo para la capacitación, así como para la reflexión colectiva e individual de los(as) miembros de la Brigada. No pretende de ser la única fuente de información del(a) brigadista ni presenta un proceso de capacitación completo.

La Brigada periódicamente establece capacitaciones como parte del proceso de formación permanente y actualización, y para la conformación de equipos de intervención para alguna situación de desastre específica. En ese marco es que debe ser utilizado este manual, bajo la guía de la coordinación de la Brigada y con el apoyo de otros(as) brigadistas experimentados(as).

De igual forma, este manual le permitirá al(a) brigadista comprender que la labor que realiza se inserta dentro de una cadena de comando, es decir que su labor es parte de la integración de diversas instituciones y organizaciones nacionales con el fin de trabajar en conjunto en la atención de desastres y el fortalecimiento de las capacidades locales, por lo tanto su accionar no es aislado ni individual. Así mismo le permitirá reconocer que la interdisciplinariedad es un punto base de la atención psicosocial en desastres por lo que se deben integrar todos los esfuerzos para ellos.

Por otra parte, las técnicas aquí presentadas además implican entrenamiento y preparación previa, preferiblemente deben ser implementadas en sesiones grupales y ensayadas mediante juegos de roles. Como se consigna en el apartado de autocuidado la supervisión es un aliado fundamental e indispensable para el(la) brigadista, y por tanto es un requisito para la implementación de cualquier procedimiento de este manual, especialmente en los procesos de evaluación.

Los capítulos están contruidos de manera que se pueden utilizar aisladamente pero también poseen un orden lógico y secuencial que les permite ser utilizados en conjunto. Puede ser utilizado para capacitar profesionales o voluntarios de otras áreas siempre y cuando los contenidos del manual sean facilitados por un profesional en psicología y con experiencia en atención en desastres. Aunque se advierte que no todos los capítulos son apropiados para ello.

Capítulo I. Aspectos teóricos

El presente marco general de referencia tiene como finalidad aclarar los conceptos bases para intervención psicosocial en situaciones de desastre, permitiéndole a sus usuarios(as), tanto para lectores(as) especializados(as) como aquellos(as) no especializados(as), tener la claridad de cuál es el punto de partida teórico. Cada uno de los conceptos desarrollados tienen especial relevancia la intervención facilitando la visualización de la complejidad de la situación por la que pasan las personas al verse afectadas por un desastre.

La presentación de estos conceptos facilita la comprensión y dan una visión más amplia de la complejidad con la que se trabaja en desastres y el impacto psicosocial en la población, donde se trabaja con lo científico, lo social, lo político y lo psicológico; y resaltan la importancia de interrelación entre las diferentes disciplinas.

En este capítulo presentamos tanto el modelo cognitivo conductual como el modelo psicológico base para el presente trabajo, el concepto de desastres, el enfoque de gestión del riesgo, y el enfoque comunitario como pilares teóricos de nuestra investigación. Y como ejes transversales los conceptos de salud mental y el enfoque de derechos (niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, migrantes, personas con discapacidad, género).

1. Modelo Cognitivo Conductual

El modelo Cognitivo Conductual, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente, tiene por objeto el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la(s) conducta(s) y emociones desadaptativa(s) aprendidas anteriormente para así enseñar/aprender conductas y emociones adaptativas nuevas y constructivas (Lega, Caballo y Ellis, 2002; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual se han desarrollado las Técnicas de Reestructuración Cognitiva las cuales se centran “en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados, o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.66).

Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan a pensar de manera funcional/adaptativa, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Dentro del modelo cognitivo conductual se encuentran distintas propuestas teórico-prácticas, de las cuales se describirán a continuación: la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck. Se toman en cuenta estas propuestas dado que brindan herramientas eficaces para modificar las cogniciones desadaptativas que median las emociones y las conductas que pueden surgir en momentos de ansiedad, estrés o conflictos, tal como puede suceder en situaciones de desastres.

a) Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Aspectos esenciales.

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) tuvo sus inicios en el año 1958 (Lega, Caballo y Ellis, 2002) desde entonces se ha extendido y es una de las terapias psicológicas más utilizadas en nuestros días. Dentro de sus referentes principales está que ninguna de las funciones básicas, es decir: sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar, se experimentan de forma aislada. Para la TREC “tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias del individuo” (Lega, Caballo y Ellis, 2002, p.18). Y estas también tienen un impacto en la fisiología de la persona.

Estas creencias pueden ser irracionales y generar perturbación emocional, pueden “seguir un orden lógico en relación con los hechos asociados al evento que perturba. Las ideas están mediatizadas por la manera en que una persona construye un evento, por sus creencias personales e influyen en las emociones” (Murillo, 2009, p.29).

La forma en que se explican los problemas emocionales se basa en la forma como el individuo piensa, interpreta su ambiente, sus consecuencias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general. La terapia usa el modelo ABC para facilitar su comprensión siendo que: al presentarse un acontecimiento activante (A) experimentado por el individuo este construye creencias (B) sobre sí mismo, con base a estas el individuo desarrolla las consecuencias (C), que son resultados directos de la interpretación que el mismo realiza del acontecimiento inicial (Lega, Caballo y Ellis, 2002, p.20).

Las creencias pueden ser racionales (rB) o irracionales (iB), las consecuencias pueden ser emocionales (Ce) y conductuales (Cc). Entre las emociones que Ellis y Abrahms (2005) catalogan como apropiadas están: la preocupación, la tristeza, el enojo, el remordimiento, el pesar y la frustración; entre las que consideran perturbadoras están: la ira, la culpa y la vergüenza.

Ellos plantean el modelo ABCDE, en el que las creencias irracionales se reemplacen por racionales a través del cuestionamiento o debate (D), promoviendo que la persona aprenda a evaluar sus creencias irracionales debatiéndolas por medio de cuestionamientos de tipo cognitivo, conductuales o de la imaginación y lo que da como resultado una respuesta más adaptativa y saludable con un efecto (E) visible a nivel emocional y cognitivo (Ellis y Abrahms, 2005). Conforme se pongan en aprueba las creencias estas se modifican y se crean otras. En el siguiente modelo se puede observar claramente el modelo ABCDE.

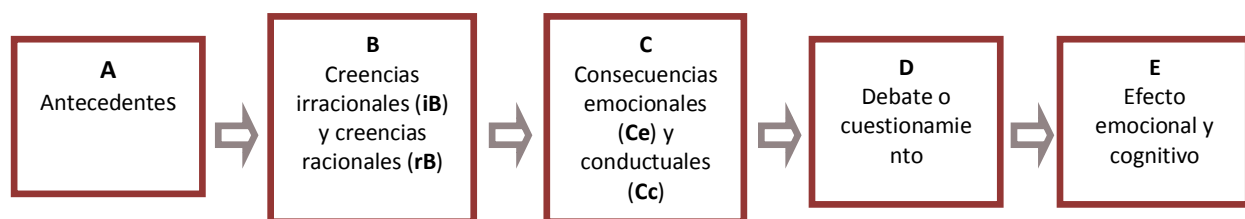


Figura 1: Modelo ABCDE. Fuente: Ellis y Abrahms, 2005.

El nombre del modelo se encuentra en inglés, los significados de las letras son: A. Activating event, B. Belief system, C. Emotional Consequences of A and B, D. Disputing irrational thoughts and beliefs, y E. Cognitive and Emotional effects of revised beliefs.

b) Terapia Cognitiva. Aspectos esenciales.

Aaron Beck fue el creador de la terapia cognitiva, “cuyos orígenes se remontan a 1956” (Badós, 2011, p.517) y propone que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de los sujetos. Los sentimientos están determinados por la forma en que las situaciones son interpretadas y no por las situaciones en sí (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Beck asimismo desarrolló conceptos base para explicar el modelo cognitivo sobre el desajuste emocional y/o conductual, estos conceptos son: las **creencias centrales**, las **creencias intermedias**, los pensamientos **automáticos** y las **distorsiones cognitivas** (Beck, 2000, Beck, 2002; Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Estos conceptos se describen a continuación:

Creencias centrales	Creencias intermedias	Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> • Son creencias globales, rígidas y generalizadas, además de ser patrones cognitivos estables. Son ideas profundas y fundamentales que no se suelen expresar. Son consideradas por la persona como verdades absolutas, (Beck, 2000, p.34), y se pueden distorsionar las situaciones para que se ajusten a dichas creencias.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estas tienen lugar entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos. Están compuestas por reglas, actitudes y presunciones tanto positivas como negativas, y son más maleables que las creencias centrales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición. Son cogniciones negativas que se caracterizan por aparecer de forma refleja, sin razonamiento de por medio; ser irracionales e inadecuadas; la persona considera que son válidas y aceptables, y parecieran ser involuntarias, ya que cuesta detenerlas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las distorsiones cognitivas son los errores sistemáticos en el procesamiento de la información, que suponen una aplicación rígida e inapropiada de esquemas preexistentes lo que lleva a respuestas desadaptativas. Su listado se encuentra en el anexo 2.

Figura 2: Conceptos base del modelo cognitivo de Beck. Fuente: Beck, 2002; Méndez, Olivares y Moreno, 1998.

Es importante aclarar que a partir de estas posturas teórico-prácticas brindadas tanto por Ellis como por Beck, se pueden identificar aquellos procesos cognitivos que generan malestar las personas como son los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales que sostienen conductas desadaptativas, emociones desgastantes y llevan a las personas a sostener interacciones poco saludables (Beck, 2000; Méndez, Olivares y Moreno, 1998; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ambas posturas facilitan herramientas de identificación y modificación de dichos procesos cognitivos, resaltando la importancia del procesamiento que se realice de la información, posturas, interpretaciones que se tengan y psicoeducar a las personas sobre el impacto

perjudicial sobre las conductas y emociones si se continúan sosteniendo pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas o creencias irracionales (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

Las herramientas desarrolladas facilitan y aumentan la posibilidad de un accionar terapéutico eficaz, ético y oportuno. Este modelo permite modificar las reacciones ante el estrés y la ansiedad de forma adaptativa, temprana y, principalmente, preventiva antes de problemáticas más complicadas y desgastantes, antes de que estas evolucionen a reacciones más complejas que causen mayor malestar a las personas.

Esta atención temprana y preventiva permite estabilizar a la persona ante estado de alerta y enseñarle nuevas formas de pensar y actuar ante una situación de desastre, pero que también puede aplicar en situaciones futuras. Si bien, algunas de las reacciones ante un desastre se pueden entender como “desadaptativas” en tanto que puedan poner en riesgo la integridad física y psicológica de una persona, aun así estas son reacciones normales ante un evento anormal, por lo que una intervención temprana permite una recuperación más pronta.

A continuación se presenta el enfoque comunitario como una perspectiva de abordaje para el trabajo en desastres con las comunidades.

2. Enfoque comunitario

Según las consecuencias del desastre que se presenten surgirán las necesidades de la comunidad y por tanto la demanda que surge hacia los servicios, instituciones y equipos de respuesta (como la Brigada). Una manera muy práctica y útil para realizar intervenciones en desastres es la de trabajar en grupos. Según Rodríguez (2006) esto se debe principalmente a tres razones: 1) la cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial, como consecuencia de los desastres, hace imposible la atención individual; 2) la mayoría de ellas no necesita una atención individual y profesional; 3) las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la preparación de las personas en su recuperación. Así mismo la implementación de procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos complementan la intervención psicológica individual (Abueg y Young, 2008).

La finalidad y el alcance de la acción del trabajo desde esta perspectiva es la comunidad, “los y las sujetos con los(as) que se trabaja pueden ser personas concretas, grupos de los más diferentes tipos, instituciones, pero siempre los efectos buscados intentan alcanzar al mayor número de personas posibles de la comunidad con la que se está trabajando” (Ferullo, 2000, p.41). Lo que interesa son los efectos logrados sobre la totalidad de la comunidad realizado por el actuar tanto de los individuos, grupos e instituciones.

Para Montero (2004) el objeto de estudio son los factores psicosociales que permiten mantener, fomentar y desarrollar el control y poder que los individuos tienen sobre su ambiente individual y social para lograr cambios tanto en esos ambientes como en la estructura social. Dicha autora detalla una lista de características que permiten identificar este enfoque, estas son:

- Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.
- Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye diversidad.
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social, dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.
- Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se realiza mediante ella.
- Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.
- Tiene un carácter predominante preventivo.
- A la vez, y por su carácter científico produce reflexión, crítica y teoría (Montero, 2004, p.73)

La posibilidad de transformación está definida desde la situación de la comunidad, desde sus aspiraciones, deseos y necesidades. Más aún “la incorporación de aspectos externos provenientes de consideraciones de salud mental, salud comunitaria, avances de la ciencia, aspectos culturales religiosos, políticos o económicos debe ser conocida, discutida, reflexionada y aceptada por la comunidad” (Montero, 2004, p.78).

Se parte del principio de la participación comunal, de la apropiación de los propios recursos, del fortalecimiento de la redes vecinales y las potencialidades comunitarias trabajando en conjunto con sus miembros, sin embargo hay un aspecto que dificulta la labor colaborativa de las instituciones respondientes ante una emergencia o desastre, y es la poca articulación comunal para hacer frente a dichas situaciones (Montero, 2003).

Los(as) participantes son actores y actrices sociales, constructores(as) de su realidad, tienen la capacidad de decisión, de acción, de transformación de su vida y entorno, resaltando el carácter activo, creador y transformador que poseemos los seres humanos. Es importante reconocer y tener presente que las comunidades son los actores y actrices principales de su propio cambio, pero esto está mediado por una serie de “disensiones, diversos grados de participación y de compromiso, momentos de intensa actividad y otros de aparente o de efectiva calma, singularidades y continuidades” (Montero, 2004, p.154) por ello se debe adoptar una actitud de apertura hacia las diferentes posturas presentes en la comunidad, que permita generar acuerdos comunes entre los profesionales y la comunidad, en tanto que unos proponen cambios y los otros aceptan o no las propuestas ya que conocen su realidad.

Además del enfoque comunitario debemos tomar en cuenta las particularidades del ámbito de intervención en el que desarrollaremos nuestro trabajo por ello a continuación desarrollaremos los conceptos de desastres y del enfoque de gestión del riesgo.

3. Desastres

Las concepciones de desastre han ido desarrollándose con el tiempo, dejando de lado la visión que enmarca a los desastres como fenómenos naturales hacia eventos en los que tienen una alta incidencia diversos factores sociales, económicos y ambientales, que vulnerabilizan a la población afectada reduciendo su capacidad para hacer frente al fenómeno, tanto en el antes como el después del evento. Un desastre es aquella situación o proceso social resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural, tecnológico o antrópico, que al intersecarse con condiciones propicias de vulnerabilidad en una población causa alteraciones intensas, graves y extendidas en las condiciones normales de funcionamiento de la comunidad (Torrico, Ortiz, Salamanca y Quiroga, 2008).

Para Wilches-Chaux (1998), también, el desastre se da en “el momento en el cual se hacen evidentes unas condiciones “no sostenibles” o de desequilibrio en la relación entre una comunidad humana y el ambiente que ésta ocupa” (p.16.). Esta definición enfatiza el problema no resuelto del desarrollo sostenible, en el que la sociedad en su afán de conquistar el ambiente ha desestabilizado las condiciones naturales de forma que los fenómenos se convierten en eventos peligrosos o amenazantes para las comunidades, teniendo consecuencias perjudiciales para todos los ecosistemas presentes.

Un evento se le puede identificar como desastre, según Robles y Medina (2008), si cumple una serie de criterios tales como: a) que sea un acontecimiento de aparición imprevisible, brutal y repentina que produce graves consecuencias; b) que produce, con frecuencia, gran número de afectados directos e indirectos; c) que provoca importantes destrucciones en el contexto socio-ambiental; d) que desborda y cuestiona los recursos y medios de la colectividad para su contención; y e) que genera una importante desorganización de los sistemas sociales.

Dado que las situaciones de desastre son procesos cíclicos, dinámicos y cambiantes, las necesidades y tareas se van transformando conforme transcurre el tiempo ajustándose a la estrategia que permite una mejor contención de la situación (Lavell, 2010). A continuación se describen las fases que se desarrollan en la atención de desastres.

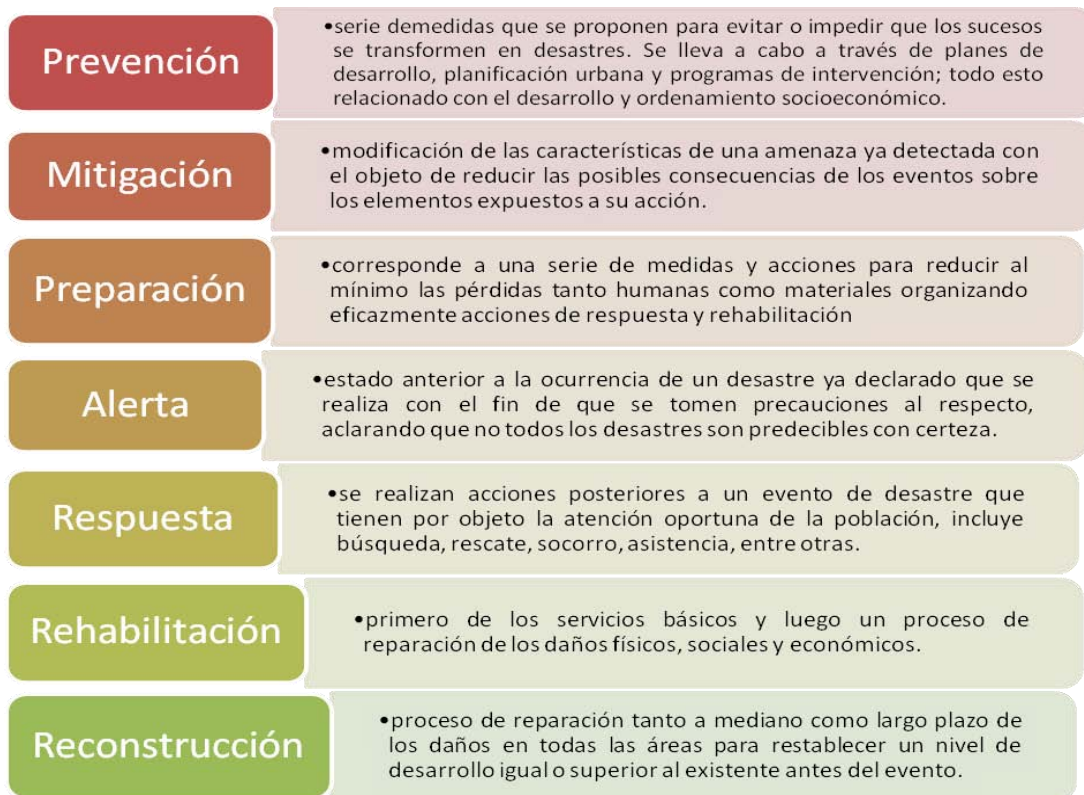


Figura 3: Fases del desastre. Fuente: Elaboración propia.

Se puede decir que es un proceso que a la vez corresponde a la influencia del contexto histórico, sociocultural, económico y político que impulsan la gestión del riesgo como parte de las iniciativas de desarrollo sostenible (Torrico *et al.*, 2008). Esta perspectiva es la que sustenta, justifica y orienta las intervenciones desde las ciencias sociales y específicamente la intervención psicológica.

a) Gestión del Riesgo

La gestión del riesgo es “un proceso mediante el cual se revierten las condiciones de vulnerabilidad de la población, los asentamientos humanos, la infraestructura, así como de las líneas vitales, las actividades productivas de bienes y servicios y el ambiente. Es un modelo sostenible y preventivo, al que se incorporan criterios efectivos de prevención y mitigación de desastres dentro de la planificación territorial, sectorial y socioeconómica, así como a la preparación, atención y recuperación ante las emergencias”.

Ley Nacional de Emergencias y Prevención de Riesgo
(La Gaceta N° 8, 11 de enero de 2006: Ley N°8488)

Para el enfoque de gestión del riesgo, la probabilidad de ocurrencia de un desastre se encuentra unida al nivel de riesgo que tiene una comunidad, dicho nivel se obtiene de la relación entre los factores: amenaza y vulnerabilidad, así el riesgo puede variar según cambien los factores, que son altamente dinámicos y cambiantes.

En este sentido, una amenaza, es un factor de riesgo externo, expresado como la probabilidad, ya identificada, que tiene un fenómeno de presentarse en un lugar y tiempo específico (Lavell, 2010), por ejemplo, que se dé una inundación en un poblado construido al mismo nivel del río, que se crece en la época lluviosa.

Es importante aclarar que las amenazas pueden ser de distintos orígenes. Entre ellas están las naturales, como son las asociadas con la dinámica geológica, geomórfica, atmosférica y oceanográfica; las socio-naturales, producidas como resultado de la relación entre el ambiente natural y las prácticas sociales que crean o amplían las condiciones de amenaza; y las antropogénicas, que son producto de la actividad humana (explosiones, derrames, contaminación de materiales tóxicos) (Lavell, 2010).



Figura 4: Definición de riesgo. Fuente: Elaboración propia.

Mientras que la vulnerabilidad es la falta de adaptación, capacidad de resistencia o condición en que una población queda expuesta o en peligro de resultar afectada por un fenómeno y que además limita su posibilidad de recuperación (Wilches-Chaux, 1998). Este concepto es relativo, en tanto que se debe analizar las condiciones particulares de cada comunidad o población, por ejemplo, ante un sismo, un residencial construido con edificaciones sismo-resistentes será menos vulnerable que el residencial colindante que no construyó bajo esas medidas de protección.

La vulnerabilidad depende de múltiples factores de distintas índoles para poder ser analizada. Entre ellos están los factores ambientales, que se refieren a como la población o comunidad explota los recursos del ambiente lo que puede debilitar los ecosistemas presentes; los factores físicos, se relaciona con la ubicación física de los asentamientos y con las condiciones técnicas materiales de ocupación; los factores económicos, se refieren a la ausencia de recursos económicos como a su incorrecta utilización; los factores sociales, estos son el conjunto de relaciones, comportamientos, creencias, ideologías, formas de organización y actuaciones políticas, educativas, institucionales de las comunidades y personas que las coloca en condiciones de mayor o menor exposición (Wilches-Chaux, 1998).

Este enfoque promueve que la comunidad logre fortalecer sus capacidades para transformar las condiciones que conllevaron al desastre, e impulsa a los(as) miembros a ser conscientes que existe una relación dialéctica entre el ambiente y ellos de forma que los cambios que se gesten pueden afectar tanto a una como a los otros (Wilches-Chaux, 1998). Por ello es un reto actuar sobre las condiciones sociales, políticas, ambientales, culturales, económicas, tecnológicas, que incidan en la formación de un desastre, es decir, transformar las condiciones de riesgo.

El fortalecimiento de las capacidades locales y de la actuación de los miembros de la comunidad, gobierno e instituciones locales, enfocados en la atención y manejo de los desastres, se le conoce como gestión local del riesgo (Robles y Medina, 2008). A partir de que el riesgo: (a) se expresa en el ámbito local, municipal o comunitario, aunque sus causas pueden encontrarse en procesos generados a gran distancia del mismo; (b) la gestión del riesgo requiere de la participación activa de todos los sectores afectados; y (c) la gestión requiere la descentralización y el fortalecimiento de las organizaciones locales que representan a la población afectada por el riesgo (Lavell, 2010).

A partir de ahí se buscan formas científicas y eficientes para prevenir o mitigar sus efectos, que se alimentan, también, del aporte de los agentes comunitarios quienes poseen un saber popular y un conocimiento profundo de la vida cotidiana de su comunidad y su entorno, ese saber es la base de la percepción del riesgo sobre la cual se trabajan las amenazas y vulnerabilidades particulares de cada comunidad, a través de la sensibilización, el diálogo, la educación, la participación y la autogestión con una perspectiva preventiva (Wilches-Chaux, 1998).

Más que una teoría es una estrategia de desarrollo que identifica riesgos, amenazas y vulnerabilidades, pero sobre todo que genera las estrategias que inciden en la prevención de generación de desastres (Robles y Medina, 2008).

Los aportes de la teoría de gestión del riesgo nos acercan más al reconocimiento de la necesidad de hacer intervención en el ámbito de los desastres desde las ciencias sociales, y muy especialmente sobre las temáticas de salud mental. Por lo que a continuación desarrollaremos el término salud mental y los matices que toma cuando se trabaja a nivel comunitario y luego en las situaciones de desastre.

4. Salud Mental

La salud mental es más que simplemente la ausencia de enfermedad mental, mental implica aspectos sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad, relacionado directamente con el bienestar de la población en general (OPS, 2002). Se puede entender como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2011, párrafo 2).

Abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, teniendo como propósito fundamental potenciar el desarrollo de la persona de forma que le permita alcanzar sus metas, habilidades, intereses, vínculos, en los diferentes ámbitos de su vida; tomando en cuenta factores ambientales, culturales y comportamentales para una salud de calidad, tanto mental como física (Campos, 2000; Ferullo, 2000).

El accionar de la salud mental está en la promoción del bienestar, en la prevención de trastornos mentales, en el tratamiento y en la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos y de conductas problemáticas o desadaptativas, las cuales se pueden considerar normales dentro de una dinámica psicosocial individual y colectiva como llegan a ser los desastres (OPS, 2002).

La salud mental hace referencia, también, a problemáticas de salud pública, de orden político y social. Asimismo, es un concepto constituido por una dimensión sociocultural, de desarrollo y de derecho lo cual se puede observar detalladamente en la figura 5:



Figura 5: Dimensiones de la salud mental. Fuente: Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006.

La salud mental como concepto multidimensional adquiere además nuevos matices según el lugar en el que se trabaje, por lo que se hace necesario puntualizar algunas anotaciones sobre la salud mental en el ámbito comunitario.

a) Salud mental comunitaria

La salud no sólo es uno de los derechos esenciales de los seres humanos sino también es una de sus responsabilidades básicas, mediada por las transformaciones en la organización social de las comunidades, por tanto la salud mental comunitaria consiste en la participación de las comunidades, como sujetos colectivos y activos en la producción de sus condiciones de salud (Campos, 2000).

La visión de salud mental y su atención debe buscar la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales y no sólo debe estar centrado sólo en el impacto traumático, debe ser amplia e incorporar dimensionarse más allá del evento o situación de desastre (OPS, 2002).

Es así como la comunidad misma puede trabajar en reducir, controlar y mitigar las amenazas y vulnerabilidades presentes, y fortalecer los vínculos, muchas veces fragmentados, y redes de apoyo, en beneficio de la salud mental de todos(as) sus miembros. Lo que se busca es un mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental comunitaria (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

Este proceso se logra a través del empoderamiento de la comunidad, no sólo que se garanticen la salud como uno más de los derechos ciudadanos, “sino también busca generar condiciones para que los(as) ciudadanos(as), de manera organizada, sean protagonistas de

acciones políticas y sociales que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida” (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006, p.21).

Dado que las personas afectadas son, también, agentes fundamentales de su propio cambio y bienestar, no se les debe llamar “damnificados(as)”, este término hace referencia al modelo asistencialista, en él se conceptualiza a las personas como únicamente receptoras de la ayuda, como impotentes ante su situación, dependientes de la ayuda externa que reciben e irresponsables porque han vivido en un lugar de riesgo, y no como los principales participantes en la recuperación y fortalecimiento de su calidad vida, que con el apoyo correcto y la participación activa se tornan en comunidades autogestoras de mejores condiciones de vida (Campos, 2000).

Este proceso de empoderamiento implica la interacción entre comunidad y agentes externos, influyéndose, mutuamente, para el desarrollo comunitario en conjunto. La relación que se establece es de respeto constante al contexto social y cultural de las comunidades; implica el reconocimiento, la comprensión, el aprovechamiento de las tradiciones y resaltar en ellas las fortalezas que poseen como punto base para su crecimiento (Campos, 2000). Lo que significa el respeto a los diferentes niveles de organización local y la promoción de la participación activa de los diferentes grupos existentes en las zonas, con un criterio de inclusión de las diferentes voces comunitarias.

b) Salud mental en desastres

La salud mental es un eje transversal en la labor que realiza la Brigada, a nivel de atención primaria, a favor de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental resultante de un desastre. Lo cual se ratifica con la Política Nacional de Salud Mental (2012), elaborada por el Ministerio de Salud, donde se encarga la atención integral a las personas afectadas a las brigadas reconocidas por la CNE, entre ellas, la Brigada.

Desde el quehacer de la Brigada se promueve a la salud mental como un bien personal y social, que se desarrolla tanto a nivel individual como colectivo, es por ello que se realizan distintas intervenciones: comunitaria, grupal e individual.

Se toma en cuenta la complejidad, la multidimensionalidad y la integralidad, ya que no se puede hacer una disociación entre lo mental y lo corporal, ni separar lo personal de lo social; los factores los biológicos, sociales, ambientales, económicos están en relación directa con la salud mental. Asimismo, se requiere de la interdisciplinariedad para no fragmentar el abordaje de la situación por la que pasan las personas afectadas (Garita y Molina, 2013).

De igual forma la Brigada toma en cuenta las condiciones de vida en las que se encuentran las personas al enfrentarse a un desastre, enfocándose en si estas condiciones representarían un factor de vulnerabilidad o no para hacerle frente a la situación.

Hay grupos sociales en los que se hacen más evidentes las transformaciones sociales y las amenazas que impactan su calidad de vida, que pueden encontrarse viviendo bajo ciertas condiciones de vulnerabilidad, entre ellos las poblaciones rurales, las personas menores de

edad, las mujeres jefas de familia, los grupos étnicos minoritarios, las personas con discapacidad y adolescentes (Sanabria, 2013).

Claro está que la atención que brinda la Brigada no es solamente a estas poblaciones, sino que abarca a todas las personas afectadas, pero se tiene claro que hay grupos con necesidades específicas.

Estas necesidades y condiciones específicas se pueden entender como la vulnerabilidad que aumenta o disminuye la posibilidad de hacerle frente a un desastre. Es decir: la ausencia e irrespeto de los derechos de estas comunidades (mejores condiciones de vida) limitan la preparación y el afrontamiento ante una emergencia. Lo que evidencia la relación directa entre los derechos humanos y la salud mental (Garita y Molina, 2013).

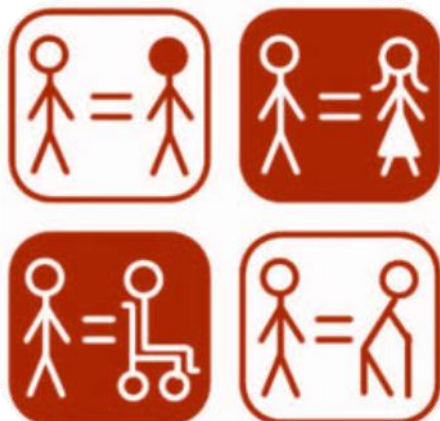
De manera que a mayor desconocimiento de los factores que generan vulnerabilidad será mayor la indefensión ante ellos lo que contribuye a un mayor impacto de los desastres. Entre estos factores están la pobreza, la violencia, la discriminación y la corrupción, que además de generar situaciones de malestar y sufrimiento emocional, obstaculizan el desarrollo personal y colectivo (Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

El trabajo que realiza la Brigada abre un espacio de atención en el que se puede brindar apoyo psicosocial a las comunidades y sus miembros, que por las condiciones con las que ha contado anteriormente no han sido atendida la necesidad de contar con espacios para fortalecer su salud mental. En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Tal como lo propone la OPS (2002), la Brigada ha utilizado metodologías de trabajo ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales de las diferentes comunidades.

Como hemos visto, la vulnerabilidad es un tema que está relacionado con la desigualdad social, y esto implica necesariamente que en el momento de intervenir tengamos en cuenta esas desigualdades y procuremos una atención sin discriminación. Para visibilizar estas vulnerabilidades dedicamos un apartado a continuación al tema del enfoque de derechos.

5. Enfoque de Derechos

Es de vital importancia incorporar este apartado dentro del manual, dado que es uno de los ejes transversales de la Universidad de Costa Rica (UCR, 2010, 2009). El Enfoque de Derechos



se torna un pilar fundamental en el accionar de la Brigada y orienta a sus miembros, quienes en todas las labores que desarrollen respetan las particularidades de las poblaciones y sus necesidades específicas (Sáenz, Vindas y Villalobos, 2013) bajo los principios del Proyecto Esfera (2004) de vivir con dignidad, recibir asistencia humanitaria y derecho a la protección y seguridad.

Cada uno de los siguientes apartados contiene algunos de los factores por los cuales las poblaciones se consideran vulnerables y cómo concebirlas para que

sean incluidas en todos los procesos de atención y de reconstrucción a partir de principios generales y líneas de acción para la niñez y adolescencia, la adultez mayor, personas migrantes, personas en condición de discapacidad y por último el tema de género.

a) Niñez y adolescencia

Una de las premisas básicas de este enfoque es reconocer a las niñas, niños y adolescentes como personas activas, con el derecho de la participación social, lo que significa que son agentes del cambio dentro de los espacios sociales en los que se desarrollan: familia, escuela, comunidad y otros. Lo que les permite ser parte de los procesos de organización, coordinación y ejecución de acciones de prevención, mitigación atención y rehabilitación ante situaciones de desastre (Camacho y Ramírez, 2005).

De igual forma, se reconoce que esta población puede ser vulnerabilizada con mayor facilidad, por ello se promulga que los(as) miembros de la comunidad así como las instituciones intervinientes hagan efectivos sus derechos y sean una red de protección ante los riesgos que puedan afectarles y a la satisfacción de sus necesidades básicas (salud, educación, cuidado, alimentación, afectiva); sin distinción alguna por razón de sexo, edad, religión, etnia o nacionalidad (Maroto, 2003).

Por lo que toda acción tomada en relación con un(a) menor de edad parte del Interés Superior del Niño como principio rector, consagrado en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989) y en el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N°7739), de forma que las decisiones que se tomen sobre el futuro de los(as) menores de edad prime su bienestar y se les procure el desarrollo integral en todas sus dimensiones como sujetos de derecho (Mora, 2005).

El enfoque de Derechos Humanos de la Niñez y de la Adolescencia se basa en los acuerdos tomados en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y del Código de la Niñez y Adolescencia de Costa Rica, como marco jurídico mínimo. Entre las garantías que se establecen con absoluta prioridad se encuentran (Mora, 2005):

- la primacía en recibir proyección y socorro en cualquier circunstancia.
- ser los(as) primeros(as) en la atención de los servicios públicos.
- especial preferencia en la formulación y ejecución de las políticas públicas encaminadas a crear las condiciones de vida que garanticen su desarrollo integral.
- asignación privilegiada de recursos públicos en las áreas relacionadas con la protección y promoción de la niñez y adolescencia (pp.26-27).

A partir del Enfoque de Derechos se abandonan los prejuicios estigmatizantes y reduccionistas que se tienen de los(as) adolescentes como problemáticos(as) y desinteresados(as). Se les reconoce como personas activas, flexibles y abiertas a los cambios en la calidad de vida y desarrollo social, ellos pueden señalar con absoluta claridad las necesidades comunitarias surgidas a partir del desastre y formar parte de los procesos de reconstrucción de su comunidad, así como en redes de cuidado y protección de personas

(adultos mayores, niños y niñas) (Mora, 2005; G. Brenes, comunicación personal, 13 de diciembre, 2012).

b) **Adulthood**

El Enfoque de Derechos contempla las diferencias en los estadios de desarrollo y las capacidades, físicas-motoras, cognitivas y emociones para las personas adultas mayores en situaciones de desastre. Propone un abordaje orientado hacia pautas psicosociales para la disminución de la vulnerabilidad psicosocial frente a desastres que posibiliten la promoción y protección de su salud mental (Arguello, 2007).

A nivel nacional la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N°7935) protege los derechos de esta población.

A nivel internacional la atención especializada a esta población se consolida a partir del acuerdo de la Asamblea General de las Naciones Unidas (16 de diciembre, 1991). Allí, se establecen cinco líneas de acción como principios a favor de las personas adultas mayores y desde dicha organización se exhorta a los países a incorporarlos dentro de sus programas nacionales. Estos principios son:

Independencia

- Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud, adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
- Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.
- Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

- Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
- Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Atención

- Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a

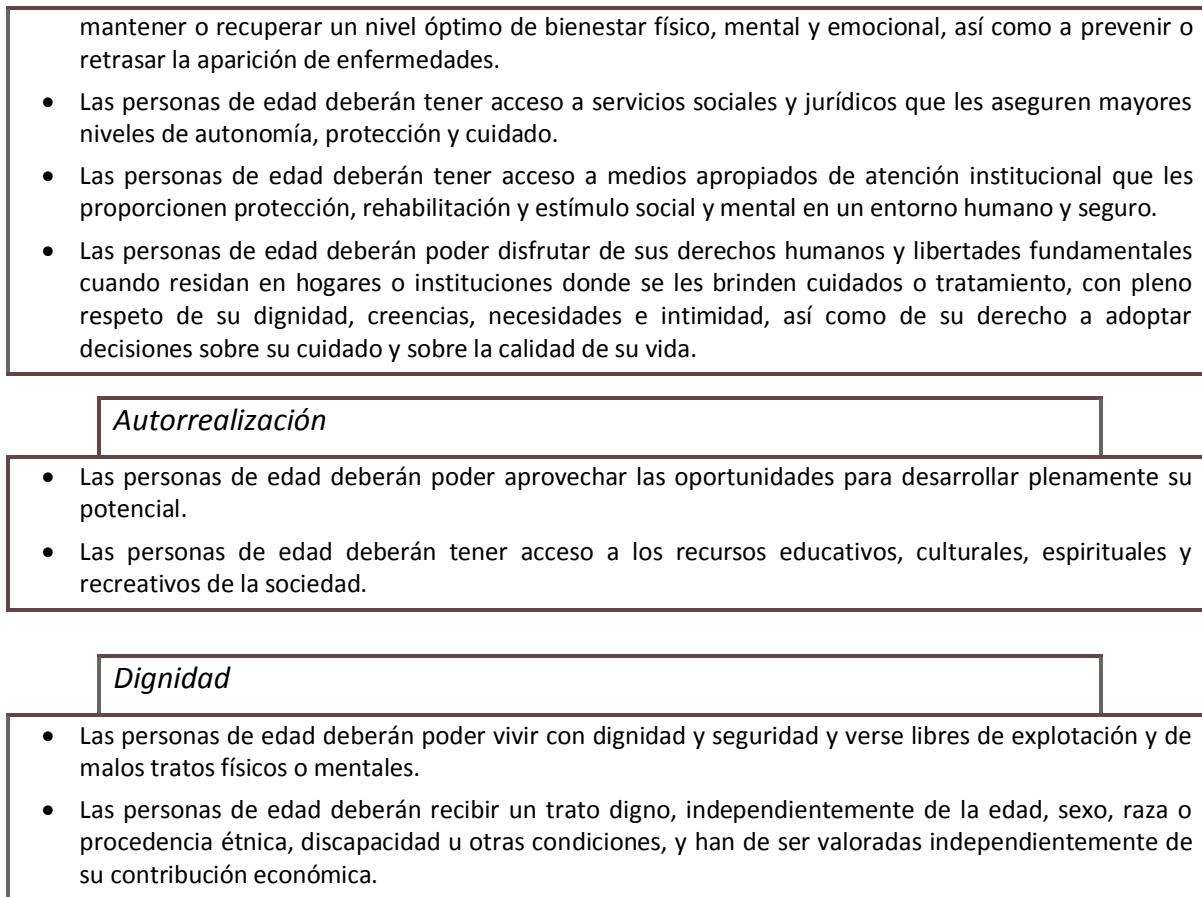


Figura 6: Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Fuente: Naciones Unidas, 2002.

c) Personas migrantes

Como bien se estipula en la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR), los países asociados, entre ellos Costa Rica, concuerdan en la necesidad de establecer un trabajo conjunto para "los procesos de manejo de tema de aduanas y de migración en situaciones de emergencias en la región, sobre todo cuando un país vecino brinda asistencia humanitaria" (CEPRENAC, 2011, p.22). Esto en cuanto a procesos migratorios, que es una de las posibilidades al momento de un desastre.

Sin embargo, es necesario que se establezcan acuerdos, planes, políticas o proyectos que protejan los Derechos Humanos y las necesidades de las personas migrantes que se ven afectadas por un desastre. Atendiendo a esta necesidad, en el II Foro Consultivo Regional "Por el derecho a la prevención: consolidando la participación en gestión integral del riesgo en Centroamérica", celebrado en nuestro país el 18 y 19 de junio del presente año, se deliberó sobre los desafíos y avances de la implementación de la PCGIR, en el cual se recomendó

Promover mecanismos que garanticen la protección internacional de migrantes en casos de desastre, así como atender sus necesidades, incluyendo el acceso a la asistencia humanitaria, la protección y su visibilidad en los registros y estadísticas; el

derecho a la información y a la comunicación con los familiares (CNE, 2013, párrafo 17).

Lo que hace evidente el reto que presenta para las Naciones Centroamericanas la implementación de la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres, pero se establecen los pasos iniciales para garantizar la atención adecuada a las personas migrantes.

Si bien esto continúa siendo un desafío para entes coordinadores en la atención de desastres, dentro del trabajo que ha realizado la Brigada forma parte del Enfoque de Derechos y de los principios básicos en la intervención, poder fortalecer la salud mental de las personas afectadas, sin importar su nacionalidad, ni condición migratoria.

d) Personas en condición de discapacidad

La población en condición de discapacidad requiere de atención prioritaria en situaciones de desastre dado que los niveles de vulnerabilidad a los que se enfrenta suelen ser mayores a los de otras poblaciones, debido a la dificultad que representa para un persona desarrollarse en una sociedad que no contempla sus necesidades y avanza lentamente para respetar sus derechos (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008; Naciones Unidas, 2013). Algunas situaciones que se presentan en los desastres los expone en situaciones de riesgo, entre ellas están:

- la probabilidad de no poder resguardarse, huir o quedar en lugares peligrosos o destruidos mientras se da la evacuación,
- la mayoría de los refugios, campamentos o albergues no son accesibles para las personas con diversas condiciones de discapacidad, esta falta de adecuación algunas veces se basa en la idea que necesitan “servicios médicos especializados” y no se poseen los recursos para adecuar el lugar,
- se les ha llegado a excluir de los sistemas de registro de emergencia, lo que les impide atender sus derechos básicos a la alimentación, agua, refugio y ropa; aumentando la discriminación cuando escasean los recursos,
- se han invisibilizado sus necesidades en los planes de recuperación y reconstrucción,
- pueden ser más vulnerados(as) si se da la pérdida de apoyo de la familia y la comunidad,
- sumado a esto, es posible que previo al evento no se le hayan garantizados sus derechos ni atención (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008; Naciones Unidas, 2013).

Estas circunstancias provocan graves desigualdades en el acceso a la respuesta inmediata, así como a los recursos de recuperación (corto, mediano y largo plazo), tanto para las personas en condición de discapacidad antes del desastre como para aquellas que a consecuencia del desastre adquirieron alguna discapacidad (Naciones Unidas, 2013).



Para garantizar los derechos de las personas en condición de discapacidad en situaciones de desastre, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, aprobada en diciembre de 2006, se establece en el artículo 4 punto 1 que “los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad” (Naciones Unidas, 2006, p.6).

A lo que se le unen dos artículos más, en el artículo 11, relativo a situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, es de especial atención y obligación de los Estados Partes adoptar “todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales” (Naciones Unidas, 2006, p.11).

Además, en el artículo 32 se reconoce la importancia de la cooperación internacional en la promoción y apoyo para hacer efectivo los propósitos y los objetivos de la Convención, tanto de los Estados partes como en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, para responder a situaciones de riesgo y crisis humanitarias (Naciones Unidas, 2006).

El Enfoque de Derechos involucra a todos(as) los actores y actrices sociales quienes deben garantizar los derechos y las necesidades de las personas en condición de discapacidad. Así mismo es importante eliminar la concepción de personas indefensas e incapaces, y considerarlas personas con derechos, capaces de reclamarlos y de tomar decisiones sobre su vida basadas en su consentimiento libre e informado, además de ser miembros activos de la sociedad (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008; Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad).

Es por ello que se deben hacer esfuerzos para integrar las necesidades, puntos de vista y las perspectivas de estas personas en su atención, en las distintas fases de respuesta al desastre, lo que reduce la discriminación y el abuso.

e) Género

La diferenciación según género en la atención de la población afectada por un desastre surge como una respuesta a la visibilización de la exclusión y discriminación de la que son objetos las mujeres en esta situación, y que ocurre también en los diferentes ámbitos sociales, políticos y económicos en los que se desarrollan dentro de la sociedad. Es así como se han decretado Declaraciones, Convenciones, Leyes y diversos marcos legales internacionales y nacionales, que deben ser acatados por los países parte, en los que se apoya la igualdad y se promueve la eliminación de todas las formas de discriminación, violencia y abuso. Entre ellas se destaca a nivel nacional la Ley Aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención para Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Ley N°8089).

Es por ello, que en la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR) dentro los principios establecidos de carácter general, se encuentra la Equidad de Género, promulgándose:

la generación de oportunidades iguales para mujeres y hombres, con equilibrio de participación y trato (Oportunidad /Participación /Beneficios). Con el fin de reducir las brechas de género, es necesario avanzar inicialmente visibilizando la forma diferenciada en que mujeres y hombres se ven afectados por desastres y los roles también diferenciados que se les asignan frente a la gestión del riesgo y a los procesos de desarrollo (CEPRENAC, 2011, p.15).

Es importante aclarar que el Enfoque de Género toma en cuenta el apoyo de los marcos legales al desarrollo de las mujeres, como también, a la atención diferenciada, tanto para hombres como mujeres según sus necesidades y construcción de género. A partir de estos postulados se debe desarrollar el proceso de recuperación ante el desastre, en los ámbitos sociales, políticos y económicos.

Dentro de la sociedad patriarcal a los hombres se le encarga constantemente de demostrar que son hombres, a través de los marcadores de la virilidad (Campos, 2007). Estos llevan a los hombres a sostener creencias y conductas irracionales relacionadas con enfrentar peligros, capacidad para ejercer control, una potencia sexual alta, y mostrarse fuertes y duros a nivel emocional, es decir negar el miedo y todos los sentimientos de indefensión, vulnerabilidad, angustia, tristeza, entre otros que los ponga una situación contraria a los marcadores de virilidad. Al negar estas emociones limitan la capacidad de procesarlas, reduce su posibilidad de recuperación y los lleva a utilizar estrategias de afrontamiento autodestructivas, de agresión interpersonal y de abuso de sustancias, que pueden limitar su capacidad de pedir ayuda, así como el aumento en la incidencia de casos de aislamiento, depresión, suicidio y violencia doméstica (Saénz y Salas, 1999; Weiss, Zara, y Parkinson, 2013).

Es importante reconocer que los hombres pueden generar grandes cambios, y ser modelos positivos, en la prevención del riesgo y la equidad de género, tal como lo propone el Informe de la Conferencia para la Reducción del Riesgo en Desastre y Equidad/Igualdad de Género, llevado a cabo en Hawai en el 2004, establece que los hombres: a) necesitan abogar por la igualdad/equidad de género, b) necesitan ser socios de pleno derecho en el entrenamiento de sensibilidad de género, c) ser líderes comprometidos a dar resultados de equidad/igualdad de género en sus propias organizaciones, d) necesitan reconocer que las mujeres tienen una gran cantidad de conocimientos y de aptitudes para hacer frente a los desastres, y que más mujeres necesitan ser entrenadas en primera respuesta, y e) se necesitan herramientas y metodologías para sensibilizar y capacitar a los hombres para poner en práctica la igualdad de género incidencias de violencia contra las mujeres.

Capítulo II. Impacto psicológico de los desastres

Las situaciones de desastre generan una serie de problemáticas en los planos individual, familiar, comunitario y social. En cada nivel se “erosionan los apoyos de protección de la persona, acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas y tienden a agravar los problemas existentes de injusticia social y desigualdad” (IASC, 2007, p. 2).

Desde la perspectiva de salud mental el desastre produce modificaciones emocionales que se entienden como reacciones transitorias, o más bien, respuestas normales ante situaciones anormalmente abrumadoras. Al enfrentar situaciones que superan la capacidad de adaptación se rompe el equilibrio generando una crisis, y a raíz de ella surgen reacciones físicas y psicológicas (Caballero, 2006; Ehrenreich, 1999 y Rodríguez, 2006).

Un gran número de personas tienen la capacidad de hacer frente a la adversidad y tienden a recuperarse en días o semanas, algunas otras necesitan de apoyo en diferentes niveles e intensidades (IASC, 2007). Algunas de las molestias experimentadas en los primeros momentos pueden llegar a convertirse en una fuente de angustia que interfiere con el proceso de reconstrucción y recuperación. Si estas molestias no son abordadas, sino que persisten y se agravan, pueden conllevar al riesgo del surgimiento de enfermedades (Ehrenreich, 1999 y Rodríguez, 2006).

En los siguientes apartados revisaremos primero las reacciones iniciales o esperadas para después definir algunos términos que surgen en esos primeros momentos como: crisis, estrés, pérdida y trauma. Luego exploraremos algunas de las complicaciones que se pueden generar posteriormente tales como: trastornos de ansiedad, efectos por problemas del estado de ánimo, alteraciones del comportamiento y otras alteraciones.

1. Reacciones iniciales

Las reacciones psicológicas de los individuos se relacionan estrechamente con una serie de variables que influyen la manera de afrontar el impacto del evento. Las características de personalidad, capacidad de afrontamiento, edad, sexo, las condiciones del entorno tanto a nivel ambiental como a nivel socioeconómico, la naturaleza del evento y su grado de severidad, así como la disponibilidad de recursos o redes de apoyo son algunas de las tantas que podríamos mencionar (Caballero, 2006).

El impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento. Una de las primeras reacciones es una gran sensación de impotencia, ya que estas nuevas circunstancias o eventos no pueden ser abordadas con los mismos recursos con los que la persona contaba hasta ese momento porque resultan insuficientes (Martín y Muñoz, 2009).

Ante esta percepción de impotencia el organismo genera una serie de mecanismos de activación relacionados con la respuesta de estrés desde tres ejes: neural, neuroendocrino y

endocrino. Estas respuestas mantienen una relación estrecha y compleja con factores cognitivos y del comportamiento que se pueden resumir así: “las respuestas fisiológicas están mediadas por la evaluación cognitiva que la persona haga de la situación y modulada por los esfuerzos (éxitos o fracasos) de afrontamiento que se pongan en marcha en la situación” (Martín y Muñoz, 2009, p.30).

Las reacciones son transitorias y ayudan la persona a adaptarse al cambio. Son sólo perjudiciales si se prolongan demasiado en el tiempo o si la intervención no ayuda al individuo en su recuperación (Robles y Medina, 2008). Algunas de las reacciones más frecuentes se detallan en el cuadro a continuación.

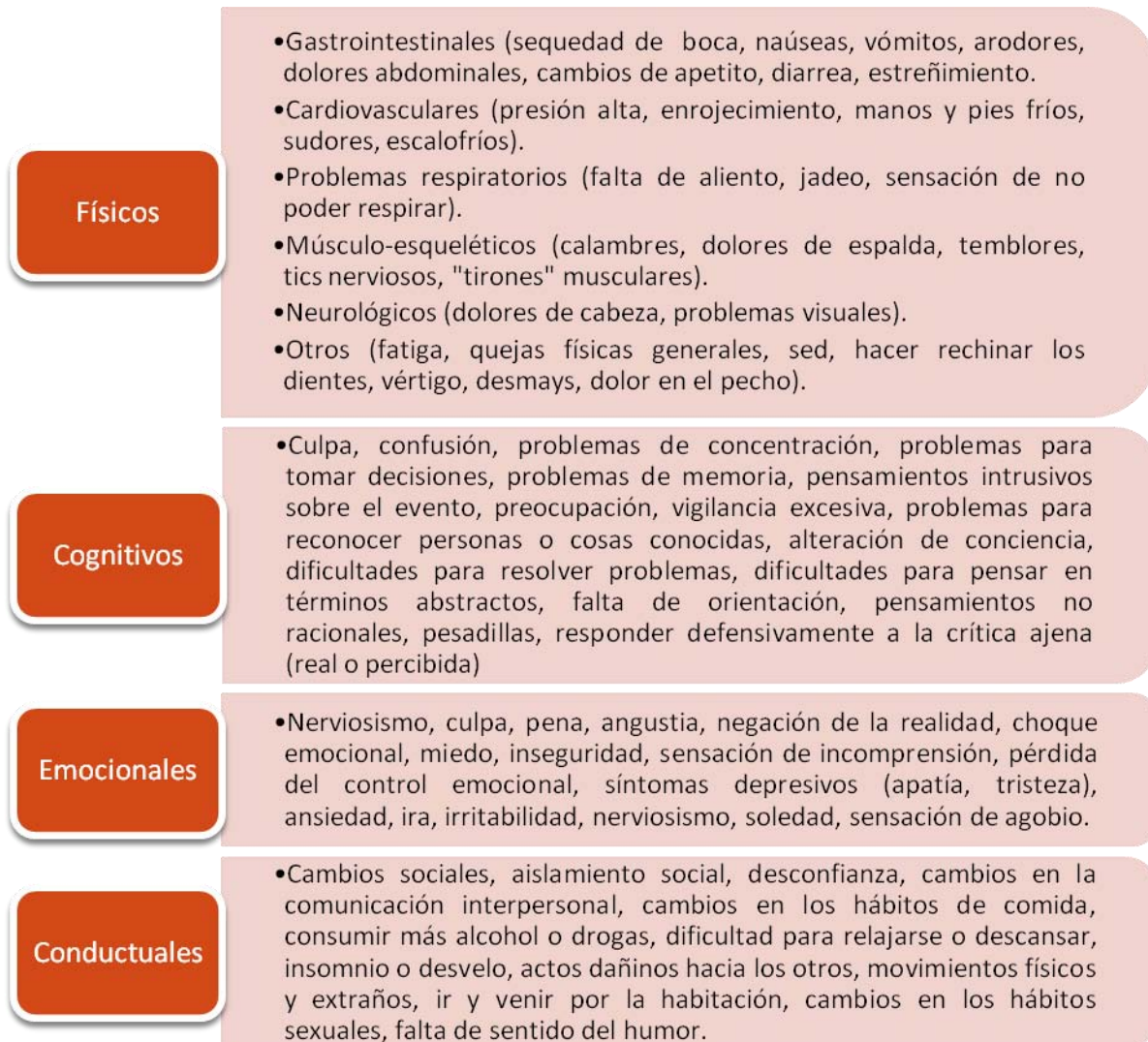


Figura 7: Reacciones iniciales. Fuente: Martín y Muñoz, 2009, pp. 34-35.

En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Sin embargo, pueden existir señales de riesgo según la intensidad de las reacciones. En los desastres se puede hablar de “conjuntos de síntomas” que aparecen frecuentemente más que trastornos, con el propósito de reconocer factores de riesgo y las

necesidades y posibilidades de la persona afectada. Sin embargo, siempre debe tenerse en cuenta la singularidad del individuo y la situación, siendo importante cierto juicio clínico.

2. Crisis

Una crisis se puede definir como un estado temporal o período limitado caracterizado por la desorganización y el desequilibrio. Surge a raíz de un cambio imprevisto en la vida de la persona que no puede ser resuelto con los recursos o métodos que usualmente utiliza por lo que plantea la necesidad de nuevos mecanismos de adaptación externos y ajustes internos (Cohen y Ahean, 1990; Slaikeu, 1999).

Hay un suceso desencadenante, un estímulo o información diferente a lo que siempre se ha manejado o confrontado, y a partir de esta disonancia surge un período de transición e inestabilidad que tiene un tiempo determinado, que luego se resuelve hacia un período de estabilidad que no siempre implica una solución constructiva pues a veces podría ser una solución disfuncional. Por eso se dice que la crisis puede tener tres posibles efectos: el cambio para mejorar, empeorar o regresar al estado anterior. La posibilidad de empeorar está relacionada con los estragos que deja una crisis y su tiempo de reposición; la posibilidad de mejora se relaciona con que la persona queda con mayor seguridad, con mayor capacidad para enfrentar tensiones futuras, la persona queda más fortalecida; y la posibilidad de regresar a un estado anterior tiene poco significado dado que la crisis puede ser muy intensa (Slaikeu, 1999).

Swanson y Carbon han consolidado una serie de conceptos básicos resumidos de la siguiente manera (citados en Fernández y Rodríguez, 2002):

- Las crisis son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno.
- El estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo o interno. Puede ser sólo un hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves.
- La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de su percepción por el individuo.
- Puede existir un nexo (experimentado emocionalmente y no necesariamente consciente) entre la situación actual y conflictos del pasado.
- Las crisis son acontecimientos autolimitados (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente.
- En las crisis las defensas están debilitadas, por lo que el sujeto está más receptivo a la ayuda y esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos.
- La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad: dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro.
- Las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar.
- Con la resolución adaptativa emergen nuevas habilidades de resolución de problemas útiles

Figura 8: Aspectos básicos de la teoría de la crisis. Fuente: Fernández y Rodríguez, 2002.

Slaikeu (1999) establece una clasificación dentro de la cual existen dos tipos de crisis: unas son las del Desarrollo y las otras son las Circunstanciales

- Del Desarrollo: relacionadas con la transición de una etapa del desarrollo a otra, con el crecimiento de la persona la cual va cumpliendo tareas que le permiten pasar por los

ciclos de crecimiento, pero si existe una interferencia en ese momento se puede generar una crisis.

- Circunstanciales: son aquellas inesperadas o accidentales a raíz de un factor ambiental, “el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de vida en que este se haya” (Slaikeu, 1999, p.67), puede surgir en cualquier momento y se caracterizan por: una aparición repentina, imprevisión, calidad de urgencia (requieren de acciones inmediatas), e impacto sobre un grupo amplio de personas de manera simultánea.

Para entender con claridad y profundidad el proceso que se genera a partir de una crisis a continuación presentamos el concepto de estrés.

3. Estrés

El estrés psicológico se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y ponen en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p.43). De manera que, el individuo evalúa de forma cognitiva la situación y si la encuentra como amenazante eso mediará su respuesta emocional y conductual, a partir de allí busca posibles soluciones y posibles resultados. Es decir; hace un análisis de las consecuencias que tendrían las decisiones que tome, esto para escoger la mejor solución.

Sin embargo, la decisión que tome está mediada por las circunstancias en las que se encuentra (vulnerabilidad-incertidumbre, confianza-apoyo social) lo que puede generar más estrés o por el contrario mantener una actitud positiva para su resolución (Lazarus y Folkman, 1986). La persona al plantearse cómo enfrentarse a dicha situación para reducir el estrés, puede que logre resolverlo o no, porque puede escoger distanciarse, huir, o más bien hacerse responsable de la situación, busque acciones que lleve a la resolución, procure tener apoyo social y mantener una actitud positiva ante la situación que le genera estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

Asimismo, el organismo no se ve exento de verse afectado por la presencia del estrés, por ello para clarificar la respuesta fisiológica del organismo al estrés Lazarus y Folkman (1986) utilizan la teoría de Síndrome General de Adaptación de Seyle (SGA) (1974). Síndrome General de Adaptación, el término “general” hace referencia a que las consecuencias de los estresores ejercen influencia sobre diversas partes del organismo. Esta teoría define tres fases de reacción:

- Fase de Reacción de Alarma: esta reacción de alarma permite al sujeto estar más alerta para afrontar la situación inesperada. Los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar al organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo, alterando se el estado homeostático del organismo, activándose el sistema nervioso simpático (Blanco, 2008; Chaves, 2007; De Luca, Sánchez, Pérez, y Lejía, 2004).
- Fase de Resistencia: Se caracteriza por la puesta en marcha de mecanismos defensivos que aumentan la capacidad de resistencia por encima de lo que es normal para esa persona dado que la presencia y la intensidad del estresor se mantiene. Si el requerimiento de sobre esfuerzo es muy prolongado, se puede convertir en un peligro potencial para la salud (Blanco, 2008; Chaves, 2007; De Luca et al., 2004).
- Fase de Agotamiento: Se da cuando el organismo es incapaz de seguir manteniendo las respuestas adaptativas, que le permitían restablecer el equilibrio perdido. Si continúa la presencia del estímulo, esta exposición permanente provoca un estado de deterioro en las capacidades del sujeto que suele ceder a las demandas al reducirse sus capacidades adaptación. Es aquí donde se darían los aspectos negativos del estrés, que pueden dar lugar a desórdenes tanto de tipo somático como psicológico (Blanco, 2008; Chaves, 2007; De Luca et al., 2004).



Existen dos modalidades de estrés, estas pueden ser determinadas principalmente por la duración de su presencia en la persona así como la intensidad, estos son estrés agudo y crónico. A continuación detallamos la definición y algunos aspectos esenciales de cada uno de ellos.

a) Estrés agudo

El *Estrés Agudo* produce un gran impacto a nivel físico y emocional a corto plazo. Está provocado por sucesos intensos y extraordinarios, aumentando el nivel de cortisol y en consecuencia en la adrenalina (Consejería de Administración Autonómica, 2008). Igualmente, puede ser considerado positivo como una reacción constructiva, dado que ante el estímulo (preocupación y alarma) el organismo responde con espontaneidad, eficacia y prontitud, en función de preservar la vida. Responde con todas las energías protegerse, lo cual es benéfico (De Luca et al., 2004).

Pero cuando las personas son afectadas por situaciones de desastre, pueden presentar un Trastorno de Estrés Agudo, la cual es “una reacción que empieza entre dos días y un mes después del evento traumático, y puede durar algunos días hasta cuatro semanas” (DSM-5, 2013; Rojas-Medina, Vargas y Trujillo, 2008, p.67).

Los síntomas que se presentan se pueden agrupar de la siguiente forma:

- (a) *disociativos*, se presentan al menos tres de los siguientes: sensación de desapego, ausencia de reactividad emocional, reducción de la conciencia del entorno, desrealización, despersonalización o amnesia disociativa;
- (b) *intrusos*, el evento traumático es revivido persistentemente a modo de recuerdos recurrentes, imágenes, episodios de flashbacks (escena retrospectiva);
- (c) *evitativos*, la persona presenta una conducta notable de evitación de los estímulos que pueden evocar el trauma como lugares, personas;
- (d) *ansiedad*, como dificultad para dormirse, pobre concentración, hípervigilia, una respuesta de sobresalto exagerado e inquietud motora; y
- (e) *deterioro de la capacidad funcional*, los síntomas pueden causar malestar o sufrimiento clínicamente significativo, interfiriendo con el funcionamiento normal o comprometiendo la capacidad para el desempeño de las actividades habituales (Rojas-Medina et al., 2008).

Cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos es el único trastorno que puede diagnosticarse de manera formal desde una intervención temprana, ya que esto es lo que indican las investigaciones sobre las principales reacciones encontradas en poblaciones postdesastre (Martín y Muñoz, 2009).

b) Estrés crónico

En cambio el *Estrés Crónico*, se relaciona con la permanencia del estímulo (real o psicológico), en el tiempo con más o menos intensidad. Este estrés puede ser causado por estresores cotidianos, situaciones diarias continuas y repetidas, que van agotando la capacidad adaptativa del cuerpo y la persona no es capaz de reaccionar en alguna forma (Consejería de Administración Autonómica, 2008; De Luca *et al.*, 2004). Tal como lo plantea Quirce, Vargas y Maickel (2007) queda una huella fisiológica en el organismo, una marca muy poderosa que provoca diversas alteraciones reduciendo la capacidad de devolver al sistema a la homeostasis normalizada.

Los estresores psicosociales son los más complejos, dado que el procesamiento de la información de estresores psicosociales (reales o imaginarios) modulan procesos emocionales, cognitivos y conductuales, que ocurren en la amígdala, el hipocampo y corteza frontal, así que esta forma compleja cambia el estrés a distrés, pudiendo llegar a producir patologías importantes (Quirce *et al.*, 2007).

Uno de los posibles procesos asociados a la crisis y al estrés es el manejo de las pérdidas, por ello en el siguiente apartado nos dedicamos a definir las, luego anotamos algunas reacciones comunes y por último las reacciones ante personas desaparecidas.

4. Pérdida

A partir de la noticia de la pérdida la persona inicia un proceso de reconocimiento y aceptación, necesita aceptar la realidad no sólo de forma racional sino principalmente de forma emocional. La pérdida se da según el valor y significado que la persona ha depositado

sobre las personas u objetos, como acotan Campos, Saéñz y Salas (2001) “las cosas que se pierden, por más simples que le parezca al que lo mira desde afuera, representan recuerdos, anhelos, afectos que se han depositado y vienen a ser como una prolongación de la propia persona” (Campos *et al.*, 2001, p.97).

Las pérdidas según Maroto, 2003; OPS, 1999 y Valero, 2002 pueden ser:

- *Humanas*: familiares, seres queridos, amigos(as), vecinos(as), conocidos(as). No implica solamente el fallecimiento de una persona, sino la lesión parcial o total de alguna capacidad mental o motora o la pérdida de algún(os) miembro(s) del cuerpo.
- *Materiales*: que tiene un gran valor simbólico, representan la el esfuerzo y el trabajo de muchos años, con los cuales se ha construido una historia personal, familiar y en algunos casos comunal. La pérdida del hogar es sumamente significativa, en ella se desarrolla la vida cotidiana, la seguridad, la identidad, el sentido de pertenencia, lo cual queda en jaque ante su ausencia. De igual forma los espacios comunitarios son sumamente significativos, en ellos se gestan las relaciones sociales y el vínculo con los(as) otros(as), de igual forma dan sentido de pertenencia.
- *Laborales*: el daño que causa el desastre puede llevar a la pérdida de los medios de subsistencia de las familias y las comunidades mismas.
- *Animales*: ya sean mascotas o animales de granja, son importantes para sus dueños, quienes han desarrollado un vínculo afectivo estrecho con los mismos (perros, gatos, peces, conejos, aves, otros) o significan un modo de subsistencia (hatos, piaras, parvadas, caballerizas, rebaños, otros).
- *Roles*: las relaciones que se establecen en los diferentes contextos en se desenvuelve una persona, por ejemplo el cambio en el significado de padre o madre si su hijo(a) falleció o asumir la manutención de la familia si el/la principal proveedor(a) deja de serlo por una lesión que le incapacite de forma permanente.

Las pérdidas son muy personales, cada ser humano las vive de diferentes maneras según la profundidad del vínculo creado, lo que lleva a las personas a reaccionar de diferentes maneras, en el siguiente apartado se especifican algunas de las reacciones más comunes que podemos encontrar. Posteriormente se encuentra el apartado de reacciones ante personas desaparecidas que es un tema que tratamos como un tipo de pérdida que requiere de una atención especial.

a) Reacciones ante la pérdida

Ante la pérdida de un ser querido u otras pérdidas la persona vivencia un gran dolor y permanece en un estado de shock en el que poco a poco acepta lo sucedido. Ese dolor profundo que siente se manifiesta por medio de emociones, sensaciones físicas, cogniciones y conductas, que son propias de la situación (Maroto, 2003):

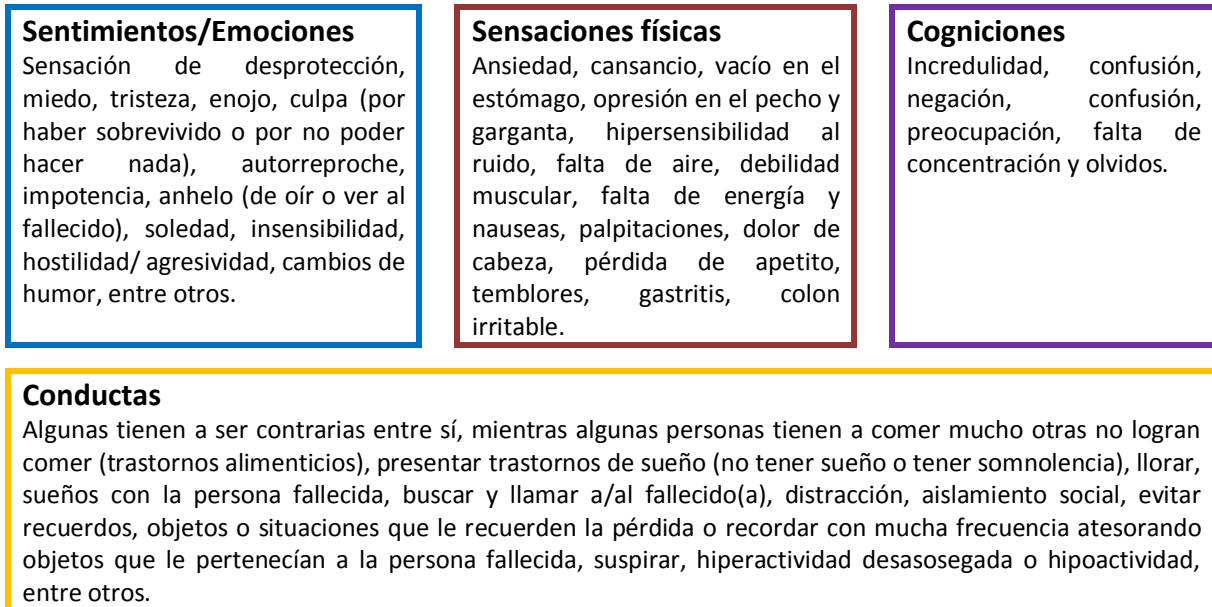


Figura 9: Reacciones ante la pérdida. Fuente: Maroto, 2003, p.76-77.

Las pérdidas a las que se enfrentan las personas a raíz de un desastre impactan a toda la comunidad. Es común que sus miembros compartan las propias experiencias de cómo vivieron el evento, con quién y dónde estaban, qué actividades fueron interrumpidas, el impacto que tuvo en sus bienes, en sus familias, en sus vidas, sus miedos, incertidumbres y ansiedades sobre las consecuencias a las que se enfrentarán, así como el dolor de la pérdida del otro, la preocupación por el bienestar de los demás, tornándose importante la pérdida del otro (Maroto, 2003). Son una serie de duelos que implican la ruptura de proyectos de vida con una dimensión que va más allá de lo individual y lo familiar, también es social, económico y político. Existe un “duelo colectivo que implica una atmósfera emocional de sufrimiento y cólera que afecta la dinámica comunitaria (OPS, 2004).

b) Reacciones ante personas desaparecidas

Generalmente, el proceso de elaboración del duelo surge a partir de la realización de un ritual funerario que incluye el cuerpo de la persona fallecida, y con ello al mismo tiempo constatando su fallecimiento (Maroto, 2003). Cuando se producen muertes masivas, se encuentran cadáveres sin identificar o desapariciones el proceso se altera y, como plantea la Organización Panamericana de Salud (2004), esto produce una sensación de vacío o de duelo frustrado o no resuelto.

Posterior a un desastre se pautan las acciones de rescate de las personas afectadas, y en esos momentos se desarrollan todas las acciones posibles para llegar a las personas que están atrapadas. Sin embargo, existen criterios médicos para saber cuánto tiempo se podría sobrevivir. Por ejemplo si la persona está inmovilizada por una estructura colapsada o el por el peso de la tierra, sin mucho aire para respirar, sin agua, sin alimentos, o bien se desconoce

la ubicación de algún(a) afectado(a) y no se tiene claridad de los recursos con los que cuenta (Maroto, 2003). Se dice que la persona está perdida o desaparecida cuando en el proceso de búsqueda no se logra dar con ella, pero las circunstancias en las que se da esta declaración son consecuencia del desastre.

Las personas que se enfrentan al proceso de búsqueda pueden ser tanto familiares, vecinos(as) de la comunidad o equipos de rescate especializados, todos ellos viven grandes ambivalencias, por un lado, la importancia de ganar tiempo y tratar de encontrar con vida a los(as) desaparecidos(as), ya que cada segundo representa un gran riesgo de que las personas mueran si lograron sobrevivir al impacto. Por otro lado, al realizar esta tarea implica exponerse a situaciones de riesgo, incluso peligrar su propia vida, ya que se debe trabajar sobre el área de desastre (terreno falseado, río crecido, estructura colapsada) y la amenaza continua (continúa lloviendo, se dan nuevas réplicas del sismo) (Maroto, 2003; Rodríguez, 2004).

Para estas personas que participan en el proceso de rescate es un factor de estrés la posibilidad de rescatar o encontrar a la persona con serias lesiones, mutilada, fallecida o en un estado de descomposición, según el tiempo que haya transcurrido; y luego comunicarlo a la familia. Así mismo, la suspensión oficial de la búsqueda de las personas desaparecidas es un momento o decisión sumamente difícil tanto para los equipos de rescate como para los



familiares porque es probable que aún no se encuentren preparados para esta declaratoria (Maroto, 2003) y quieran seguir con el proceso de búsqueda.

Aunque la familia tenga certeza de que la persona murió, vivir con este tipo de pérdida es

mucho más difícil. “Se crea una ambigüedad de pensamientos y emociones y una preocupación adicional sobre la forma en la que se produjeron los hechos y el destino del cuerpo” (OPS, 2004, p. 124). Por esto es que muchas veces surgen fantasías sobre el paradero de la persona, las cuales hacen referencia a que la persona pudo escapar y que no ha podido establecer contacto con su familia o que ha sufrido algún impacto que no le permita comunicarse con los equipos de rescate, o que la persona se logró escapar del evento metiéndose a la montaña pero no sabe cómo salir o que se golpeó la cabeza y anda perdida, entre otras (Maroto, 2003).

Estas historias fantásticas pierden fuerza con el paso de los días mientras se va haciendo insostenible la posibilidad de sobrevivencia. Algunas personas, acota Maroto (2003), se aferran a la fantasía como una forma de hacerle frente a la situación, momentáneamente necesitan creer que su ser querido ha sobrevivido dado que el dolor que experimentan es muy grande y si aceptan la situación desde el primer momento en que se lo comunican

puede ser muy devastador, pero poco después aceptan la pérdida, sin embargo, mientras no aparezca la persona la fantasía puede continuar. Así mismo una sensación común entre los sobrevivientes es que no pueden continuar con su vida sino concentrarse en el proceso de búsqueda y en el dolor ya que hacer lo contrario implica una traición o el olvido de su ser querido, todo lo anterior puede ser muy perjudicial para la salud mental de la persona (OPS, 2004) por ello son procesos que se acompañan y se trata de realizar rituales de clausura del proceso o ceremonias funerarias simbólicas.

Dependiendo del tipo de pérdidas que se haya tenido, de las circunstancias, las redes de apoyo disponibles, la historia de afrontamiento, entre otros así será el afrontamiento de la crisis presente (Rodríguez, 2004). Algunas veces la resolución no es totalmente positiva y se deben considerar algunas complicaciones posteriores que requieren atención especializada. En el siguiente apartado desarrollaremos algunas de las complicaciones más comunes en las situaciones de desastres.

5. Complicaciones posteriores

En las situaciones de emergencia, como hemos comentado anteriormente, no todas las personas desarrollan problemas psicológicos, pero en función de una serie de factores sociales, psicológicos y biológicos se pueden desarrollar problemas importantes. Este pequeño grupo requiere un apoyo adicional, ya que pese a los recursos y ayudas no logran afrontar la adversidad y presentan dificultades para el funcionamiento básico cotidiano (IASC, 2007). Este grupo de personas generalmente al ser detectados requieren una referencia a un servicio especializado.

Las complicaciones más comunes en las situaciones de desastre son los trastornos de ansiedad, los efectos por trastornos del estado de ánimo, las alteraciones del comportamiento y otras alteraciones que detallamos a continuación.

a) Trastornos de ansiedad

La ansiedad se puede describir como un estado emocional no placentero, negativo, ante la percepción de una amenaza fuera de proporción, de manera que se ven involucrados tanto aspectos subjetivos (cogniciones y emociones) tanto como alteraciones a nivel corporal (Endler y Kocovski, 2001). Endler y Kocovski (2001), basándose en Spielberger (1966) hacen la diferencia entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad. El rasgo, se refiere a la predisposición de responder de forma ansiosa, a esto se le incluyen vulnerabilidad, eventos anteriores y traumas; el estado, se refiere a la emoción transitoria caracterizada por activación fisiológica y emociones conscientemente percibidas de aprehensión, terror y tensión.

Más aun en el caso de una situación de desastre, la masividad de las amenazas aunado a las amplias consecuencias generan un estado de ansiedad prolongado, es decir un estado de preocupación y activación emocional, cognitiva y conductual, lo que es desgastante para la

persona. Este estado de ansiedad se acompaña de inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (DSM-5, 2013).

Según Martín y Muñoz (2009) son frecuentes los ataques de pánico, el miedo intenso a morir, perder el control o volverse loco, acompañados de síntomas físicos tales como: “palpitaciones, sacudidas del corazón, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantamiento, opresión en el pecho, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad), despersonalización (estar separado de uno mismo), parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones” (p.45).

b) Efectos por problemas del estado de ánimo

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

Los signos más predominantes son las ideas de culpabilidad, los autorreproches y sentimientos de baja autoestima y desvalorización, vivencias de vergüenza, desinterés y apatía (Robles y Medina, 2008).

Además, presentan los siguientes signos (DSM-5, 2013):

- pérdida o aumento de apetito (cambios de peso),
- disminución o, más raramente, aumento de sueño (sin embargo, poco reparador),
- interrupciones en el sueño, especialmente en horas de la madrugada,
- pérdida de energía o cansancio desproporcionado,
- sentimientos de culpa, desamor y minusvalía,
- pérdida global de la autoestima,
- dificultad de concentración que se traduce en fallas en la atención, en la capacidad de memorizar y en dificultad para hacer su trabajo diario,
- ideas de muerte, de que no lo quieren, de culpa, de suicidio,
- desinterés por las actividades rutinarias y la sexualidad.

c) Alteraciones del comportamiento

Algunas formas de confrontar la situación no son adaptativas y pueden generar dificultades en la dinámica de recuperación como las conductas de aislamiento, rechazo, impulsividad, y descargas de agresividad mal encausadas (Robles y Medina, 2008). La violencia es una forma de respuesta humana frecuente ante situaciones de frustración que puede convertirse en un problema social que afecta de manera muy negativa a la familia y sobre todo a las personas más vulnerables (Rodríguez, 2006). Es una situación que se debe tratar y sobre todo referir a las instituciones o personas que puedan realizar una intervención a largo plazo sobre el tema.

Frecuentemente el consumo de sustancias también se eleva durante las situaciones de emergencia (Rodríguez, 2006), según Martín y Muñoz (2009) son utilizadas como recurso para la evasión o mecanismo de negación. La sustancia más utilizada es el alcohol por ser la más aceptada socialmente y por su legalidad pero también suele tenderse a la automedicación y el uso de otras drogas. Lo más importante es discernir si se están empleando como forma de resolución de problemas, para lo que es importante proporcionar mejores alternativas de afrontamiento.

d) Otras alteraciones

En raras ocasiones sucede, pero cuando un estresor es lo suficientemente intenso pueden aparecer reacciones psicóticas breves con síntomas como: delirios, alteraciones, discurso desorganizado o sin sentido, comportamientos extraños (Martín y Muñoz, 2009). Pueden surgir además algunos trastornos somatoformes, de conversión y alteraciones psicosomáticas asociadas tales como parálisis, temblores, trastornos sensoriales (ceguera, sordomudez), dolores erráticos y persistentes, úlceras y el desencadenamiento de cuadros asmáticos y diabetes (Robles y Medina, 2008).

En el siguiente capítulo se brindan las herramientas para la evaluación de las personas afectadas para distinguir cuando alguna situación presenta un mayor nivel de malestar y alteración y para distinguir y esclarecer las diversas reacciones con el objetivo de ofrecer las intervenciones más atinadas.

Capítulo III. Evaluación

La evaluación es la mejor herramienta para la adecuada toma de decisiones en situaciones de desastre (Rodríguez, 2006). Todos los niveles de intervención requieren de un proceso continuo y sistemático de evaluación que se puede llevar a cabo mediante diversas herramientas o procedimientos. En las situaciones de desastre la evaluación tiene sus particularidades ya que las condiciones en las que se realiza suelen ser cambiantes y dinámicas, además de que los objetivos serán distintos según la fase del proceso en el que se dé (Robles y Medina, 2008).

En este apartado se muestran las claves y herramientas para la realización de una evaluación tanto a nivel comunitario como individual. Partiendo de lo general a lo específico se define primero evaluación comunitaria y triaje psicológico para luego definir algunas herramientas de evaluación como el perfil CASIC, la evaluación conductual, y por último el diagnóstico diferencial.

1. Evaluación comunitaria

Uno de los aspectos primordiales de la intervención comunitaria es asegurar la continuidad de los proyectos y esto puede verse afectado, en algunas ocasiones, por la ausencia de indicadores de salud mental que permitan realizar una evaluación de la efectividad e impacto de la intervención (OPS, 2002). Es por esto que en esta sección del manual destacamos la importancia de la evaluación comunitaria con indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, por medio de registros y herramientas puntuales además de los lineamientos generales.

a) Definición

La evaluación inicial es comunitaria y es la base de los procesos posteriores de análisis especializado, es realizada por organizaciones comunitarias (como los comités locales de emergencia) y los trabajadores de la salud del nivel primario en conjunto con los grupos de socorro o primera respuesta (Rodríguez, 2006).

Una evaluación preliminar debe ser rápida y operativa, hecha de manera simultánea con las primeras acciones desplegadas. Siempre será evolutiva y dinámica, ya que en los desastres y emergencias la situación psicosocial cambia en horas, días o semanas; por lo tanto, este proceso se va actualizando y retroalimentando de manera sistemática. Esta dinámica cambiante en los desastres naturales y emergencias exige que todo plan deba ser sumamente flexible (OPS 2002).

Los objetivos de este nivel de evaluación son: la contextualización de lo ocurrido y la descripción del impacto humano del evento, la síntesis y el análisis de lo más importante, la identificación de las necesidades, problemáticas actuales, grupos meta, las prioridades de acción y la descripción de las formas de respuesta institucionales existentes y su eficacia

(OPS, 2002; Rodríguez, 2006). Todo esto para obtener un conocimiento básico de la comunidad afectada y su contexto sociocultural.

Valero (2002) propone que el desastre puede presentarse en una comunidad con mayor o menor organización para afrontar la emergencia, llevando a que puedan responder con mayor o menor cantidad de herramientas, y de esa forma solicitarán mayor o menor ayuda tanto del gobierno local, instituciones nacionales, organizaciones no gubernamentales y empresa privada. Dicho autor menciona ocho aspectos que, también, se deben tomar en cuenta para establecer el trabajo por realizar, estos son:

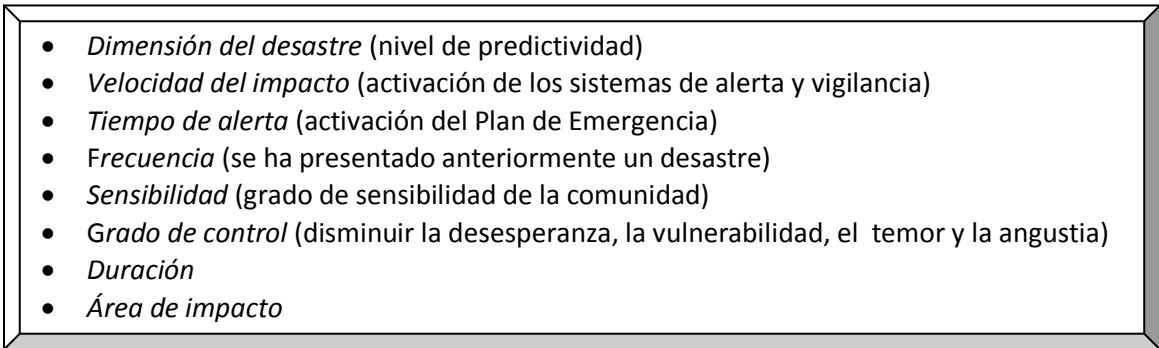
- 
- *Dimensión del desastre* (nivel de predictividad)
 - *Velocidad del impacto* (activación de los sistemas de alerta y vigilancia)
 - *Tiempo de alerta* (activación del Plan de Emergencia)
 - *Frecuencia* (se ha presentado anteriormente un desastre)
 - *Sensibilidad* (grado de sensibilidad de la comunidad)
 - *Grado de control* (disminuir la desesperanza, la vulnerabilidad, el temor y la angustia)
 - *Duración*
 - *Área de impacto*

Figura 10: Aspectos que definen la tarea. Fuente: Valero

Al trabajar en comunidad es importante recolectar información que permita ver el panorama en el que se desarrollan sus miembros, así como el impacto del desastre, para identificar los recursos con los que cuentan las personas para su recuperación. Algunos aspectos a tomar en cuenta son (Beristain, 2000; Campos, 2000; Sáenz y Salas, 2000):

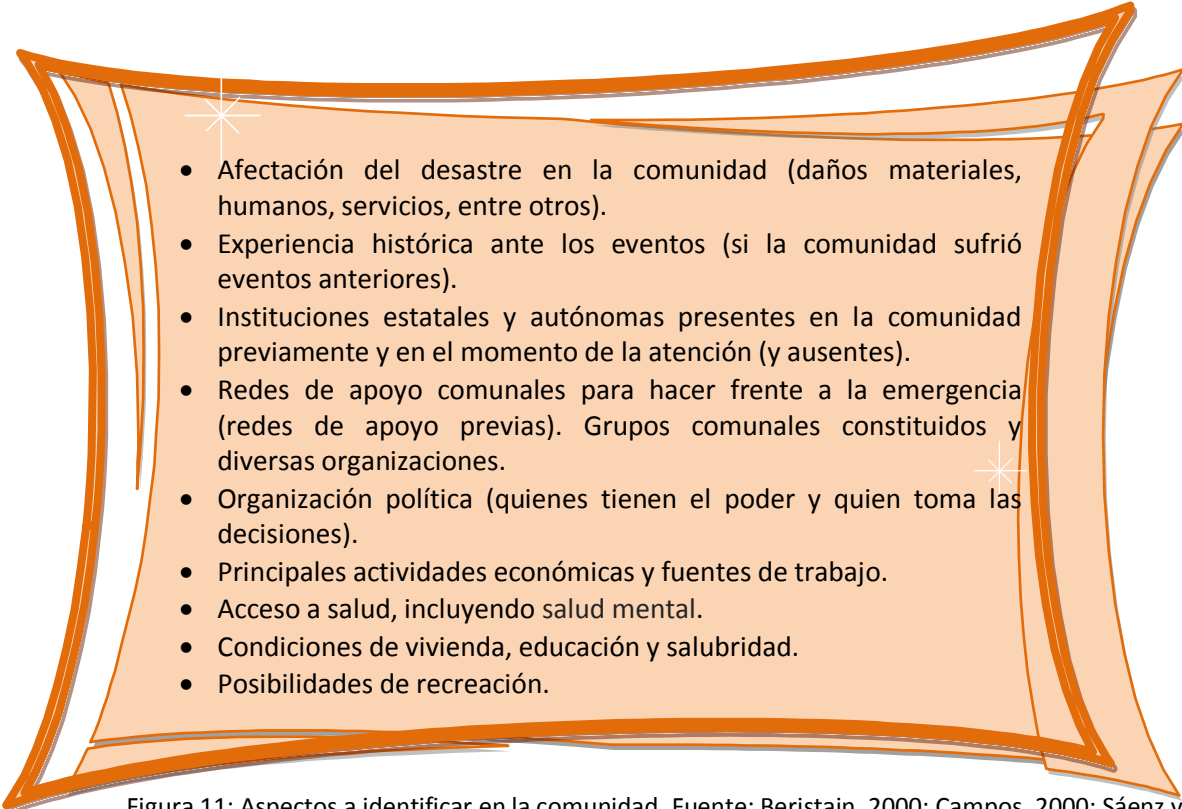
- 
- Afectación del desastre en la comunidad (daños materiales, humanos, servicios, entre otros).
 - Experiencia histórica ante los eventos (si la comunidad sufrió eventos anteriores).
 - Instituciones estatales y autónomas presentes en la comunidad previamente y en el momento de la atención (y ausentes).
 - Redes de apoyo comunales para hacer frente a la emergencia (redes de apoyo previas). Grupos comunales constituidos y diversas organizaciones.
 - Organización política (quienes tienen el poder y quien toma las decisiones).
 - Principales actividades económicas y fuentes de trabajo.
 - Acceso a salud, incluyendo salud mental.
 - Condiciones de vivienda, educación y salubridad.
 - Posibilidades de recreación.

Figura 11: Aspectos a identificar en la comunidad. Fuente: Beristain, 2000; Campos, 2000; Sáenz y Salas, 2000.

Como bien lo expresa Mora (2012), la intervención siempre es el resultado de una evaluación de lo que ocurre en las comunidades con las que se interviene y se debe entender como un proceso en el cual la comunidad se compromete con su propio desarrollo. Implica evaluar las necesidades de información de la población y qué tan distantes están en cuanto a la información disponible para trazar el camino de lo necesario para acortar esa brecha (OPS, 2002).

b) Procedimiento

Según la OPS (2002) una estrategia fundamental es la formación de facilitadores(as) o promotores(as) sociales, teniendo en cuenta el conocimiento que estos(as) tienen de los procesos comunitarios y de la idiosincrasia de las poblaciones afectadas. A través de ellos(as) mismos, se recuperan muchas de las experiencias y conocimientos populares que enriquecen luego con los instrumentos técnicos. Al mismo tiempo, debe contemplarse la satisfacción de necesidades puntuales y la generación de ambientes seguros.

Otra de las claves es la definición de metas y objetivos sobre bases realistas y objetivas, que se pueden organizar en términos de de corto, mediano y largo plazo. Así mismo que se les asignen responsables y fechas límite contemplando además que se adecúen a las posibilidades financieras y de recursos humanos.

Para instrumentalizar esta evaluación se propone el análisis de la vulnerabilidad de la comunidad entendiéndola como el resultado de un proceso dinámico de diferentes factores individuales, familiares y sociales en conjunto con el impacto comunitario del evento. Esta vulnerabilidad se ve condicionada por algunos de los factores que se describen en la siguiente figura:

Factores condicionantes del riesgo	Factores que puede favorecer la protección o incrementar el riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • La exposición directa e indirecta al evento traumático. • Las pérdidas de cualquier índole. • Características individuales. • Contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades personales para el manejo de emociones. • La historia personal. • Experiencias traumáticas previas. • Enfermedades previas. • Condiciones socioeconómicas. • Existencia de amenazas. • Características de la comunidad (eventos traumáticos anteriores, condiciones socioeconómicas, cohesión, confianza interna, etc.). • Liderazgo comunitario y redes sociales de apoyo. • Apoyo familiar.

Figura 12: Factores de riesgo que afectan la vulnerabilidad. Fuente: OPS, 2002.

En el siguiente subtítulo se detalla un análisis de la vulnerabilidad por áreas que puede orientar de manera más clara los factores a considerar en la evaluación comunitaria.

a. Evaluación de la vulnerabilidad en general

A partir del instrumento elaborado por la Pastoral Social – Cáritas de Costa Rica (2012) se elaboró el listado de indicadores que se presenta a continuación para facilitar la recolección de información que permita la priorización de necesidades y poblaciones para la intervención con la comunidad.

Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad social

- ✓ Identificación de los grupos etarios y su distribución.
- ✓ Identificación de la distribución de la población por género.
- ✓ Tamaño de las familias.
- ✓ Acceso y calidad del empleo.
- ✓ Fuentes de trabajo: propias o asalariados.
- ✓ Composición socioeconómica de la población por clases Identificación de los grupos de población según su actividad económica.
- ✓ Nivel de acceso y calidad de la educación, la salud, la vivienda y servicios públicos.
- ✓ Nivel de hacinamiento por vivienda.
- ✓ Personas inmigrantes: cantidad, procedencia, status migratorio, empleo, acceso a servicios.
- ✓ Tasa migratoria y flujo de migración.
- ✓ Asidero de la población en la zona: ¿cuántos(as) son originarios(as) o viven hace varias décadas en la zona? ¿Vivienda propia, alquilada o se encuentra temporalmente en la zona?
- ✓ Discriminación étnica, religiosa y de cualquier índole.
- ✓ Situación de la seguridad ciudadana: mecanismos de seguridad en caso de evacuación.

Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad educativa

- ✓ Tasa de alfabetización.
- ✓ Calidad de la educación y correspondencia con la realidad local.
- ✓ Involucramiento entre la escuela y la comunidad.
- ✓ Programas de capacitación en gestión del riesgo y desastres.
- ✓ Programas de capacitación sobre cómo mantener y usar adecuadamente los recursos para agricultores, ganaderos, mineros, entre otros.
- ✓ Recursos para convertir el conocimiento científico y técnico en herramientas de gestión al servicio de los responsables de la toma de decisiones y de la comunidad.
- ✓ Acceso a espacios que propicien el diálogo, la participación y la utilización del conocimiento popular tradicional en la toma de decisiones.
- ✓ Nivel de educación para la gestión del riesgo (conciencia ambiental, prácticas preventivas y mitigadoras, preparación para desastres).

Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad ideológica y cultural

- ✓ Ideas, creencias y visiones sobre el riesgo y los desastres.
- ✓ Mitos y leyendas presentes en la comunidad.
- ✓ Percepción del riesgo.
- ✓ Formas de construcción y cultivo.
- ✓ Pérdida de memoria colectiva sobre la ocurrencia de fenómenos similares.
- ✓ Sustitución de patrones tradicionales por modelos importados o externos.
- ✓ Dependencia de patrones externos o importados.
- ✓ Sentido de pertenencia e identidad con la comunidad y el territorio.

Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad institucional

- ✓ Inventario de instituciones públicas.
- ✓ Capacidades técnicas y recursos con los que se cuenta.
- ✓ Funcionamiento de las instituciones (burocracia, corrupción, duplicidad de funciones, etc.)
- ✓ Debilidades y fortalezas de las instituciones.
- ✓ Interrelación y comunicación, cooperación o conflictos.
- ✓ Favorecimiento de la participación ciudadana en proyectos y programas.
- ✓ Intereses y prioridades de acción.
- ✓ Gobernabilidad y legitimidad de las decisiones ante la comunidad.
- ✓ Agilidad y capacidad de respuesta a las necesidades comunitarias.
- ✓ Acceso y participación de los(as) ciudadanos(as) en los procesos de toma de decisión.
- ✓ Las decisiones surgen de la comunidad y los órganos locales o de directrices verticales.
- ✓ Presencia y labor de la CNE en la zona.
- ✓ Políticas sobre medio ambiente y gestión del riesgo en la zona.
- ✓ Presencia del Ministerio de Salud y la CCSS: cantidad y acceso a EBAIS, Clínicas y Hospitales.

<i>Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad social desde la perspectiva organizativa</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventario y clasificación sobre la existencia de organizaciones (asociaciones de desarrollo, asociaciones de acción social, fundaciones, grupos, etc.) ✓ Nivel de compromiso y responsabilidad de las organizaciones con la comunidad. ✓ Mecanismos de articulación y cooperación. ✓ Legitimidad y representatividad. ✓ Conciencia en la comunidad sobre la necesidad de organizarse. ✓ Divisiones o conflictos. ✓ Duplicidad de funciones entre las organizaciones. ✓ Niveles de politización e intereses que determinan su accionar. ✓ Identificación de las capacidades y limitaciones de las organizaciones. ✓ Inexistencia de formas reales y efectivas de organización de la sociedad civil. ✓ Identificación de líderes activos y representativos. ✓ Identificación de líderes no representativos y al servicio de intereses ajenos. ✓ Visión del liderazgo y tipo de liderazgo ejercido. ✓ Participación superficial sin acceso real a la toma de decisiones. ✓ Formas de negociación de conflictos y resolución de los mismos: manejo de las diferencias. ✓ Canales de expresión y medios de comunicación.
<i>Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad organizativa en gestión del riesgo</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lugar que ocupa la gestión del riesgo en las organizaciones: comités de la CNE y otras organizaciones con programas y proyectos en el tema de desastres. ✓ Existencia de análisis del riesgo y quiénes los realizaron. ✓ Existencia de mapas y escenarios del riesgo. ✓ Existencia de planes de gestión del riesgo. ✓ Involucramiento de la comunidad en los procesos de gestión del riesgo. ✓ Personas y actores sociales capacitados sobre preparación en desastres. ✓ Identificación de brigadas y equipos para la gestión del riesgo en la comunidad.

Figura 13: Indicadores básicos para la evaluación de la vulnerabilidad. Fuente: Pastoral Social-Cáritas Costa Rica (2012).

Según la IASC (2007), es importante comprender e identificar la estructura de poder y los patrones de conflicto para así poder abordarlos con todos los grupos y actores/actrices sociales de la comunidad. Se deben identificar las redes o grupos de la comunidad, incluso de carácter informal, lo antes posible para fortalecer su capacidad.

En conjunto con los indicadores de la figura anterior se pueden utilizar la Ficha para la evaluación comunitaria (anexo 2) y el Inventario de actores sociales (anexo 3). Así mismo el

proceso de evaluación comunitaria puede enriquecerse de la información recogida a través de las visitas casa por casa y el informe respectivo de las mismas (anexo 17). Mediante todas estas herramientas se puede generar una visión global de la situación y de las problemáticas prioritarias que requieren acciones inmediatas para así determinar los objetivos, metas y líneas de acción.

A continuación se presenta una de las herramientas de clasificación del nivel de afectación psicológica de las personas expuestas a un desastre conocida como triaje psicológico. Ésta permite una rápida evaluación de las condiciones de la comunidad y sus individuos para atender las necesidades de forma ordenada y según prioridades proporcionando una perspectiva global de la situación en salud mental.

2. Triage psicológico

Para las situaciones de crisis se han desarrollado diversas metodologías de evaluación, que en los primeros momentos de la emergencia nos pueden permitir una valoración rápida del nivel de afectación de la persona y de su entorno. El triaje psicológico es una derivación del triaje utilizado en la medicina de emergencias.

En las situaciones de desastre se utiliza el triaje psicológico para detectar a la población que necesita atención de manera urgente. “*Triage*” es un término de origen francés que significa clasificación o selección, por lo que en salud mental sería el proceso mediante el cual se determinan las prioridades de atención (Secretaría de Salud, 2002).

Después de un desastre, es de esperar que una proporción significativa de la población quede afectada psicológicamente en mayor o menor grado. Los efectos de un desastre pueden causar daños tanto físicos como psicológicos. Con una escala de triaje se puede clasificar la severidad de la exposición a un evento traumático incluyendo ser testigo de la muerte o daños a otros, amenaza percibida, pérdida traumática de seres queridos, enfermedad o heridas a la persona o su familia, estresores postevento que continúan o evolucionan como cambios en el nivel de vida, hogar y otros estresores diarios que pueden haberse derivado del suceso traumático (Schreiber, 2010).

Código /Descripción	Respuesta necesaria	Presentación	Acciones requeridas	Acciones adicionales
A Reacciones que pueden dañar a otros o así mismo.	Servicios de emergencia. Referencia inmediata.	Sobredosis. Emergencia médica. Intento de suicidio o daño a sí mismo. Violencia, amenazas de violencia y posesión de armas.	Notificar ambulancia, policía o cuerpo de bomberos.	Mantenerse en el teléfono hasta que el servicio de emergencia llegue al lugar. Notificación de otros servicios como protección infantil.

Código /Descripción	Respuesta necesaria	Presentación	Acciones requeridas	Acciones adicionales
B Muy alto riesgo de dañarse a sí mismo y a otros.	Respuesta en salud mental muy urgente. Durante las próximas 2 horas.	Ideación suicida o riesgo de dañar a otros con un plan y con los medios para realizarlo o historial de agresión. Muy alto riesgo de comportamientos asociados a alteraciones del pensamiento y la percepción, delirios, demencia o ausencia de control de impulsos.	Atención inmediata. Primeros Auxilios Psicológicos. Referencia a un hospital.	Proveer apoyo a los familiares de la persona. Consulta con otros profesionales. Buscar supervisión y apoyo para los niños y adolescentes cuando sea necesario.
C Alto riesgo de dañarse a sí mismo y a otros, mucha angustia, especialmente en ausencia de apoyo.	Respuesta urgente en salud mental. En las próximas 8 horas.	Ideación suicida sin plan, o historial de ideación suicida. Síntomas psicóticos en aumento o un desorden del ánimo severo. Alto riesgo de comportamientos asociados a alteraciones del pensamiento y la percepción. Persona con adicción requiriendo intervención urgente para evitar recaída o contenerla.	Primeros Auxilios Psicológicos y otras estrategias de acompañamiento y atención. Atención continua y seguimiento.	Obtener información adicional y corroborar datos sobre la familia y red de apoyo de la persona.
D Riesgo moderado de daño y un nivel de angustia significativo	Respuesta urgente en salud mental. En las próximas 72 horas.	Angustia significativa asociada a alguna enfermedad mental (incluyendo desórdenes del estado de ánimo y de la ansiedad) sin ideación suicida. Síntomas psicóticos tempranos. Requiere de atención para clarificar su evaluación. Persona adicta o consumidora requiriendo atención prioritaria.	Primeros Auxilios Psicológicos.	Ver las anteriores.
E Bajo riesgo de daño a corto plazo o riesgo moderado con apoyo.	Respuesta no urgente en salud mental.	Requiere atención especializada pero está estable. Otros servicios pueden atenderla mientras espera una cita de apoyo en salud mental. Persona adicta o consumidora requiriendo una revisión o tratamiento no urgente.	Apoyo continuo, mantenerse en contacto.	Ver las anteriores.

Código /Descripción	Respuesta necesaria	Presentación	Acciones requeridas	Acciones adicionales
F Referencia. No requiere de apoyo inmediato.	Referencia a un servicio alternativo.	Otros servicios más apropiados a las necesidades de la persona: instituciones gubernamentales, entre otros. Síntomas moderados de ansiedad y depresión, problemas de ajuste en su comportamiento. Problemas cognitivos tempranos en personas mayores.	Brindar una referencia formal o informal a otro servicio alternativo.	Conseguir o facilitar una cita con el servicio al que fue referida la persona, especialmente si la atención es crítica o se debe hacer en un tiempo determinado.
G Información, consultas o consejos. O se requiere de más información	Brindar información o consejos puntuales.	Persona que requiere de un momento para conversar. Institución que requiere una consulta. Servicio de salud mental esperando a ser contactado.	Consulta breve, proveer información, aconsejar. Brindar la información requerida.	Realizar una llamada de seguimiento.

Figura 14: Escala de triage en salud mental. Fuente: Victorian Government Department of Health (2002).

Se han elaborado diversas técnicas para las situaciones de crisis que están destinadas a ser utilizadas en las fases más inmediatas al suceso o evento traumático, es decir en el período crítico de atención. En el siguiente apartado se expone una de ellas llamada perfil de valoración CASIC, el cual indaga el nivel de impacto en cinco áreas de la persona: conductual, afectiva, somática (psicofisiológica), interpersonal y cognitivo.

3. Perfil de valoración CASIC

En el ámbito de los desastres y de la intervención individual el perfil de valoración CASIC permite determinar el impacto del incidente sobre el funcionamiento de la persona en 5 áreas: Conductual, Afectivo, Somático (Psicofisiológico), Interpersonal y Cognoscitivo (Slaikeu, 1999), permitiendo establecer una evaluación general de la persona. Se debe prestar atención tanto a lo que indica la persona antes, durante y después del evento, así como en el momento mismo de hacerle la valoración. A continuación se describe cada área y los aspectos que se deben indagar en cada una de ellas (Slaikeu, 1999; Robles y Medina, 2008):

Área Conductual:

Se deben indagar los patrones en el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco, presencia de alguno de los siguientes: suicidio, homicidio o actos agresivos.

Algunas de las preguntas que se pueden hacer son:

¿Cuáles actividades (trabajo, dormir, comer...) han sido las más afectadas por el incidente de crisis? ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?

¿Cuáles conductas se han acrecentado o fortalecido por la crisis?

¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han integrado y cuál fue el relativo éxito o fracaso de cada una?

Área Afectiva: Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas arriba; presencia sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros; capacidad para incidir en las circunstancias de la vida. Los sentimientos son ¿manifiestos u ocultos?

Algunas de las preguntas que se pueden hacer son:

¿Cómo se siente con las secuelas de la crisis?
¿Triste, deprimido(a), aturdido(a), enojado(a)?

¿Se expresan los sentimientos o se mantienen ocultos?

Área Somática:

Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y cualquier otro malestar somático, estado general de relajamiento o tensión: sensibilidad del tacto, gusto, olfato, visión y oído.

Algunas de las preguntas que se pueden hacer son:

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

Si la crisis proviene de una pérdida física (enfermedad, cirugía...), ¿cuál es la naturaleza de la pérdida y cuáles son las consecuencias sobre el funcionamiento del organismo?

Área Interpersonal: Relaciones con la familia, amigos(as), vecinos(as) y compañeros(as); potenciales y dificultades interpersonales; número de amigos(as), frecuencia de contacto con amigos(as) y conocidos(as); papel asumido por varios amigos(as) íntimos(as) (pasivo, independiente, líder, igual); modo de resolución de conflictos (asertivo, agresivo, introvertido); estilo interpersonal básico (simpático, receloso, manipulador, expulsivo, sumiso, dependiente)

Algunas de las preguntas que se pueden hacer son:

El impacto de la crisis de la persona sobre el entorno familiar y de amistades.

La red y los sistemas sociales en curso.

¿Qué tan buena es la ayuda disponible de parte de la familia y amigos?

La actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis; aislamiento, dependencia, etc.

<p>Área Cognoscitiva: Se relaciona con las imágenes mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas, filosofía de la vida, presencia de cualquiera de las siguientes: catástrofes, sobregeneralizaciones, delirios, alucinaciones, diálogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide, actitudes generales hacia la vida (positivas-negativas)</p>	<p><i>Algunas de las preguntas que se pueden hacer son:</i></p> <p>Expectativas o metas que se vieron afectadas por el incidente. Reflexiones o pensamientos introspectivos. Estrategias de afrontamiento, locus de control. Significado del incidente sobre la vida.</p> <p>Presencia de los “debería”; “yo debería haber sido capaz de manejar esto...”</p> <p>Patrones ilógicos de pensamiento acerca de cuestiones tales como resultados inevitables.</p> <p>Sueños nocturnos y diurnos. Imágenes de fatalidad inminente.</p> <p>Fantasías destructivas y el uso del humor como vía de enfrentamiento a la crisis.</p>
---	--

Figura 15: Áreas de valoración del CASIC. Fuente: Slaikeu, 1999; Robles y Medina, 2008.

Además de las herramientas en situaciones de crisis la evaluación a nivel individual se puede enriquecer mediante la implementación de la evaluación conductual, la cual se describe a continuación.

4. Evaluación conductual

La evaluación psicológica en situaciones de desastre permite determinar cuál es el grado de impacto y áreas de la persona que se han visto más afectadas, para así desarrollar una estrategia de intervención que permita reducir las consecuencias producidas por el mismo (Robles y Medina, 2008).



La evaluación conductual realiza un análisis exhaustivo de la conducta que le está presentando problemas a la persona para tomar decisiones sobre cuál es la estrategia a utilizar y los pasos a seguir durante el tratamiento psicológico. Identificando las relaciones funcionales y causales entre las diferentes conductas y factores personales, ambientales, cognitivos, emocionales y sociales.

Este análisis se realiza integrando todos los datos recolectados, se puede decir que la evaluación implica un proceso de investigación de todas las variables concomitantes, hasta donde sea posible, para establecer hipótesis de trabajo que serán refutas o comprobadas durante el proceso. Es decir, la evaluación se realiza durante toda la terapia (Silva, 2004).

Para iniciar el proceso de evaluación se deben considerar los siguientes aspectos: las variables que se necesitan evaluar; el establecimiento del momento más oportuno para

realizar la evaluación (lugar, hora, fecha); el procedimiento a realizar, es decir cómo se lleva a cabo, paso a paso, la evaluación, se debe tener en cuenta cuáles son los recursos con los que se cuenta para el proceso (tanto humanos como materiales); cuáles son los fines de la evaluación, qué es lo que se espera de la evaluación, cuáles son los objetivos de la misma; y tener siempre presentes las circunstancias (económicas, políticas y sociales) que influyen en el proceso (Robles y Medina, 2008).

En este apartado se define la evaluación conductual y el procedimiento para llevarla a cabo mediante la recolección de información y su posterior procesamiento mediante el análisis funcional.

a) Definición

Es un análisis descriptivo detallado de la situación incorporando aspectos personales, psicosociales, culturales y grupales que influyen en la conducta de la persona, es decir, se requiere estudiar las variables contextuales que inciden en la conducta (Muñoz, 2011; Silva, 2004).

La evaluación conductual implica la identificación y medición de conductas que generan molestia o que le son problemáticas a la persona e indaga las variables y factores asociados, con el propósito de entender y modificar el comportamiento humano (Silva, 2004). Procura establecer un modelo de la(s) conducta(s) que vertebre la intervención terapéutica a partir de:

- La identificación y medición de las conductas.
- La identificación y medición de acontecimientos antecedentes.
- Las concomitantes y consecuencias de diverso tipo.
- Un análisis funcional que concluye de la formulación de un modelo explicativo de la conducta.
- La explotación de recursos de tratamiento relacionados tanto con la persona como con el medio.
- La determinación de la línea base.
- La fijación de objetivos a alcanzar y diseño de estrategias de intervención individualizados (Silva, 2004, p.52).

Es claro que la evaluación conductual se utiliza en muchos ámbitos, escolares, clínicos, laborales, entre otros, pero acá se especifica su aplicación ante una situación de desastre, de forma que al referirse a la conducta problemática se entiende como las reacciones iniciales que experimenta una persona posterior al evento. Desde esta perspectiva las reacciones son normales dadas las situaciones abruptas que les anteceden. Por ello la evaluación busca detectar cuáles son las áreas más afectadas y establecer un plan de trabajo para reestablecer el equilibrio alterado.

Este proceso tiene un doble componente de evaluación tanto para valorar la conducta problemática como para determinar si el proceso en sí mismo es válido y confiable, es un procedimiento autoexaminador (Silva, 2004). Sin embargo, aunque la evaluación conductual

implica ser autoevaluadora durante el proceso terapéutico, por las condiciones de trabajo en una situación de desastre es difícil de desarrollar de esa manera, dado que este tipo de intervención se enfoca en determinar el grado de impacto y áreas de la persona que se han visto más afectadas para establecer una intervención que permita la estabilización emocional, que no es igual a un proceso terapéutico.

b) Procedimiento

La evaluación conductual busca la identificación y medición de las diversas variables con el propósito de entender y alterar el comportamiento humano (Silva, 2004), este proceso establece una serie de pasos que permiten llevarla a cabo.

Se señalan cuatro fases o momentos: la recolección de la información preliminar de la situación o caso, el desarrollo de hipótesis, la contrastación de las hipótesis y la programación del tratamiento (Muñoz, 2011; Silva, 2004).

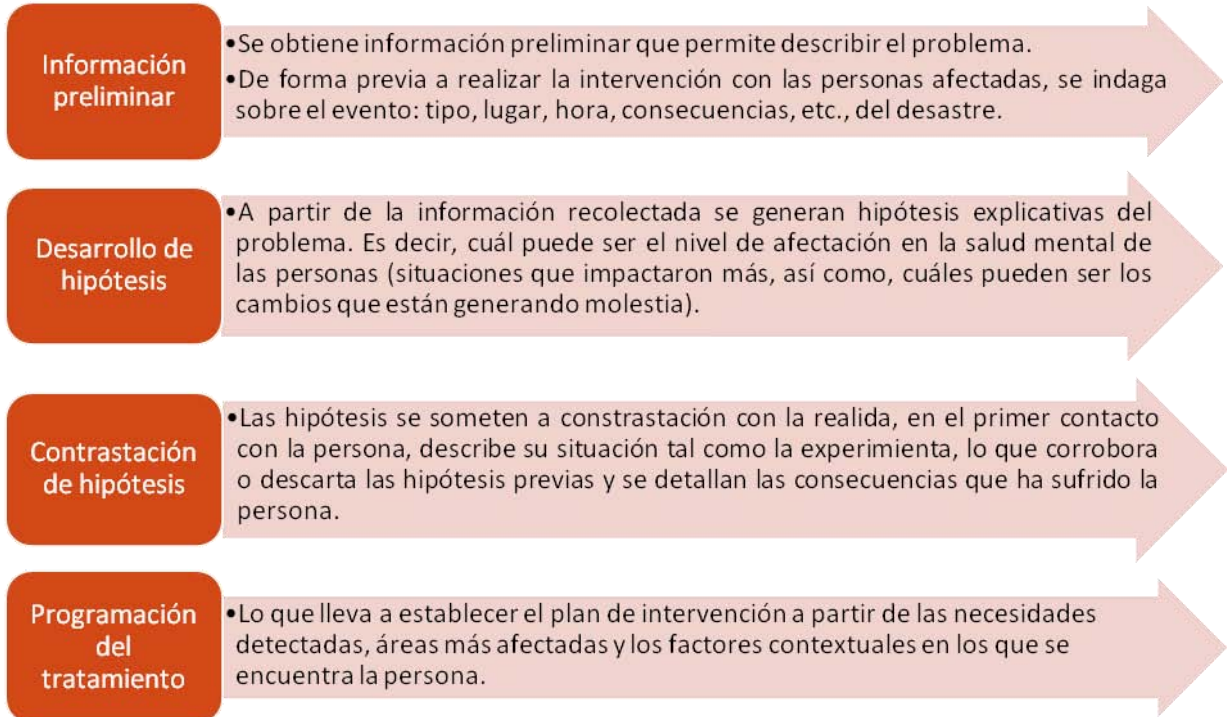


Figura 16: Fases del proceso de evaluación conductual. Fuente: Silva, 2004.

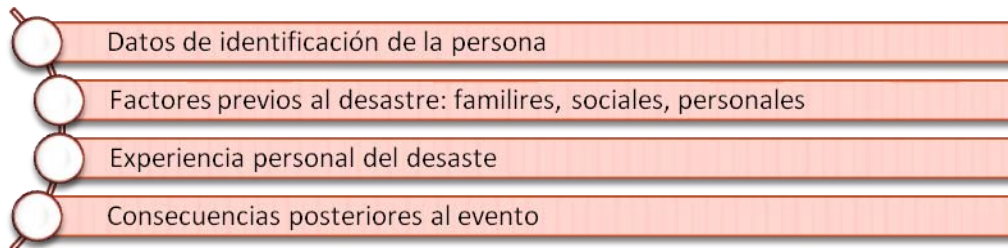
Al iniciar el proceso de evaluación se debe de disponer de información detallada, útil, clara y relevante que permita conocer la realidad de la persona. Asimismo se requiere de información descriptiva de los contextos, situaciones, estímulos, emociones, sentimientos, comportamientos (motores, fisiológicos), pensamientos, variables de la persona, cambios, entre otros aspectos (Muñoz, 2001). Un panorama amplio se puede obtener a partir de “la información objetiva con la propia subjetividad narrativa y perceptiva de la persona respecto a sus historia personal y al significado de los problemas en su vida” (Muñoz, 2011, p.79).

Se debe tener cuidado al momento de indagar todos estos factores ya que se pueden generar prejuicios, sesgos, efectos halo, que impidan hacer una evaluación objetiva y que lleven a plantear suposiciones e hipótesis erróneas (Muñoz, 2001). Como bien lo dice Silva (2004) se debe prestar mucha atención a la fase de recopilación de información de manera que sea “amplia y desprejuiciada, hemos de valorar siempre un observación atenta y aguda que nos mantenga abierta a una realidad que supera ampliamente el contexto hipotético en el que trabajamos” (Silva, 2004, p.62).

Un aspecto fundamental en la evaluación conductual es la integración de datos, la organización de la información, para lograr una “conceptualización integrada de las conductas en cuestión, sus determinantes y las variables mediacionales” (Silva, 2004, p.51), es decir se requiere realizar un análisis funcional comprensivo de la conducta el cual se detalla a continuación.

i. Recopilación de la información

En un primer momento se recolectan la información sobre los aspectos más relevantes de la persona afectada a través de la entrevista (Robles y Medina, 2008, p. 63):



Datos de identificación de la persona: Estos datos son básicos para el orden de la intervención que se realice con la(s) persona(s) afectada(s). Como mínimo se debe tomar: nombre completo, teléfono(s), lugar de ubicación/dirección, edad, sexo, estado civil, profesión, con quién convive (familia), situación laboral y estado de salud (enfermedades que padece actualmente).

Factores previos al desastre: entre los que están factores: **sociales, familiares, personales**. Se recoge información que permita generar una idea general sobre “la vulnerabilidad psíquica de la persona y sobre las conductas más habituales que suele adoptar ante estímulos de estrés” (Robles y Medina, 2008, p.63). Entre estos factores, están aquellos que le permite mantener una fortaleza emocional ante un evento estresante, llamados factores protectores, así como aquellos que le restan fortaleza a la persona, llamados factores de riesgo. Los cuales se describen a continuación.

Factores protectores	Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de apoyo del individuo o redes sociales: permite satisfacer las necesidades de sus miembros de salud, cuidado, económicas, habitacionales y afectivas. Es fuente de solidaridad, colaboración, respeto, amor y aprobación para la definición de la persona. Estas redes permiten proteger a sus miembros contra las consecuencias de un desastre. • Organización comunal: permite dar soporte e integralidad a la acción por realizar, ya que se busca la autogestión comunal siendo los mismos miembros son un soporte entre ellos. • Capacidad personal de hacerle frente a una situación difícil: a persona tiene la fuerza de resistir y sobreponerse frente a la destrucción, el dolor, circunstancias difíciles o sumamente adversas, protegiendo la propia integridad y fortaleciendo su identidad personal, para recuperarse psicológicamente. A partir de esa fuerza personal, las personas dirigen su comportamiento de forma que buscan protegerse, adaptarse y controlar las situaciones para poder salir adelante. 	<p><i>Factores Individuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener una enfermedad crónica (asma, cardiopatías, hipertensión arterial, úlceras y diabetes, entre otras) o haber sufrido una lesión seria. • Haber pasado por una experiencia traumática previa que le haya limitado la capacidad de resistencia, facilitando las reacciones violentas o incapacitantes. • Pasar por el proceso de pérdida(s) personal(es) previamente o estar pasando por una (empleo, pareja, familiar, miembro del cuerpo). • Tener antecedentes de algún trastorno psicológico e historia psiquiátrica. <p><i>Factores sociales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertenencia a un grupo étnico minoritario o tener otra nacionalidad (migrante). • Tener una condición de socioeconómica baja (estado de pobreza). • Vivir en un ambiente deteriorado donde se evidencia la exclusión social, donde las infraestructuras y los servicios básicos sean de baja calidad (salud, educación, seguridad, etc.), se encuentre en una zona aislada, entre otros. <p><i>Factores Familiares:</i></p> <p>En los sistemas familiares sus miembros están íntimamente relacionados entre sí, de forma que la conducta que de cada uno desarrolle o problemática por la que pase, influirá en los demás. Entre las situaciones que pueden afectar a las familias, están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pérdida de empleo de algún miembro, también pérdidas abrumadoras, traumas o separaciones. • Los conflictos familiares (problemas matrimoniales, separación de sus miembros, divorcio). • Miembro(s) que se encuentre enfermo en fase terminal o bien un padecimiento desgastante, doloroso, incapacitante. • Familias en las que se han presentado problemas de desprotección o de poco apoyo para sus miembros (personas menores o mayores de edad desprotegidas).

Figura 17: Factores protectores y de riesgo. Fuente: Elaboración propia a partir de Cohen y Ahearn, 1990; Lavell, 2010; Martín y Muñoz, 2009; OPS 1999; Robles y Medina, 2008 y Valero, 2001, 2002

Experiencia personal del desastre: Lo que resulta determinante en este aspecto es si la persona percibe como traumático el acontecimiento. Todas las personas que viven el desastre lo viven de forma distinta, lo que para unas podría resultar traumático y para otras no, siendo de especial atención el aspecto emocional del relato de la persona para así identificarlo.

Al momento de escuchar la experiencia personal puede resultar muy doloroso para la persona, de forma que se debe tener “sensibilidad suficiente para hacer las preguntas sin causar más daño, se recomienda una aproximación por etapas, trabajando de fuera (dato más superficiales y objetivos) hacia dentro (datos más íntimos y personales)” (Martín y Muñoz, 2009, p.65).

Los detalles más dolorosos se abordan cuando se ha establecido la suficiente confianza y seguridad con la persona, es un proceso lento por lo que no se debe forzar la situación (Martín y Muñoz, 2009).

Consecuencias personales, posteriores al evento: Después del evento y la experiencia vivida, se presentan cambios en las condiciones en que vive la persona que pueden reducir su capacidad de estabilización o recuperación. Entre estos cambios están las **reacciones iniciales** ante el evento, las cuales se detallan en la primera sección del tercer capítulo sobre el impacto psicológico de los desastres. De igual forma los cambios sociales y ambientales inciden en su salud mental (Martín y Muñoz, 2009). Se pueden detallar los siguientes:

Ambientales:	Sociales:
<ul style="list-style-type: none"> • Tener que desplazarse o cambiar del lugar de residencia dado que no es seguro o porque perdió el hogar. • Alojarse en lugares inadecuados (hacinamiento, poco salubres, mala infraestructura) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del apoyo social con el que contaba anteriormente • Exposición a los medios de comunicación, los cuales pueden dar información poco confiable, y reavivar recuerdos y sentimientos dolorosos. • Generar problemas con otras personas, como problemas de pareja, familiares, vecinales.

Figura 18: Cambios sociales y ambientales posteriores al evento. Fuente: Martín y Muñoz, 2009.

Entre algunas de las situaciones que pueden generar más dolor a la persona están las siguientes (Martín y Muñoz, 2009; Robles y Medina, 2008; Valero, 2001, 2002):

- Sentir la propia vida amenazada o la de otros cercanos
- Exposición directa e intensa del suceso.
- Si la persona fue rescatada de estructuras colapsadas.
- Haber sentido sensaciones de horror o terror.
- Estar solo durante el suceso
- Sufrir daños personales (lesiones en el cuerpo).
- Muertes de seres queridos o pérdidas materiales importantes (pérdida del hogar, empleo)
- La duración, intensidad y consecuencias del desastre.
- Si el desastre sucede de noche, ya que la inicial es más lenta y más confusa, lo que dificulta la orientación y la evacuación.
- El tipo de desastre, un desastre de tipo tecnológico produce más estrés y enojo porque se pudo haber evitado, así como temor e incertidumbre porque el agente causante del desastre (fuga radioactiva, contaminación química, etc.) no suele ser visible, es de difícil control y sus efectos duraderos.

Para la recopilación de la información se pueden utilizar distintas estrategias de exploración, en situaciones de desastre se pueden utilizar: la entrevista, algún autoreporte, exploración clínica (ver anexo 5) la observación directa, así como información obtenida de la comunicación en los ámbitos familiar, escolar o vecinal, que permiten precisar (triangular) la

información clave. Para sistematizar la información recopilada se puede hacer uso del protocolo de atención de casos ubicado en el anexo 17. Así mismo se puede acudir a algunos protocolos e instrumentos como: la Escala de Trauma de Davidson (DTS) en el anexo 6, la Escala de Impacto del Evento (IES) en el anexo 7, Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) en el anexo 8, el Cuestionario de Reacciones de Estrés Agudo de Stanford en el anexo 9, el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en el anexo 10 y el Inventario de Riesgo Suicida de Beck en el anexo 11.

Si bien el fin de la utilización de las estrategias de exploración es la demostración empírica de la relación entre los factores asociados y su incidencia sobre la conducta, los test u otros instrumentos en situaciones de crisis deben ser aplicados con mucho cuidado y ser interpretados muy profesionalmente y con la debida supervisión.

ii. Análisis funcional

El análisis funcional se define como “la identificación de relaciones funcionales importantes y controlables, aplicables a un conjunto específico de conductas de una determinada persona” (Silva, 2004, p.51). De forma que la evaluación conductual tiene como objetivo la identificación de las condiciones que controlan las conductas-problema.

Es difícil entender a la persona en su complejidad y en sus complejos contextos sociales, por lo que el énfasis está en encontrar e identificar las variables controlables más importantes. *“Es necesario desarrollar una comprensión individualizada de las relaciones funcionales entre las conductas de una persona, sus condiciones de vida antes del trauma y cómo estos factores continúan luego del trauma”* (Follete y Ruzek, 2006, p. xii).

La única unidad de análisis significativa es el comportamiento en su contexto, es decir que no sólo las respuestas a las características del estresor deben ser consideradas sino éstas respuestas a la luz de la historia de la persona antes de enfrentarse al estresor, y cómo las personas, instituciones y organismos que son parte del ambiente de esa persona a propósito o inadvertidamente refuerzan las respuestas de la misma (Follete y Ruzek, 2006). El comportamiento es interpretable en la medida que se considere en el contexto de sus antecedentes y consecuencias.

Un aspecto importante de los comportamientos que destacan Follete y Ruzek (2006) es que pueden variar en su topografía pero compartir el mismo efecto en el ambiente formando así una clasificación funcional. Por lo que uno de los primeros pasos a realizar sería distinguir las similitudes funcionales entre los distintos comportamientos.

Se debe prestar atención a todos los elementos, factores y áreas relacionadas con la persona para así hacer un análisis funcional profundo. La identificación de los componentes estimulantes y sus consecuencias finales es básica para que la intervención planteada pueda evitar que las respuestas desadaptativas se sigan manteniendo y se cronifiquen con el tiempo (Follete y Ruzek, 2006; Robles y Medina, 2008). Para ello se puede utilizar el siguiente esquema:

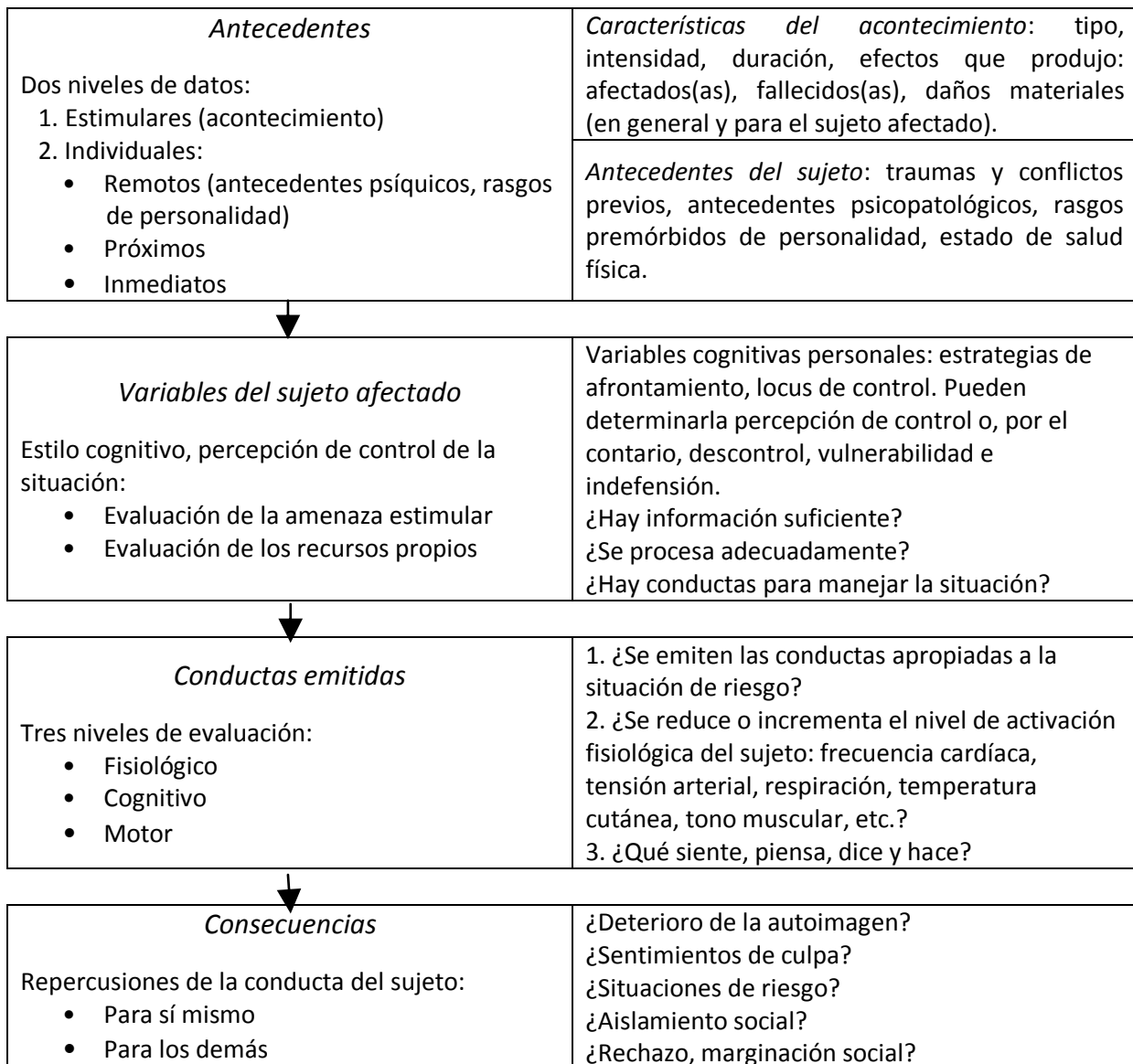


Figura 19: Esquema para realizar el análisis funcional. Fuente: Robles y Medina, 2008, p. 78.

Además de los recursos anteriormente descritos para la evaluación, es relevante para algunos casos la realización del diagnóstico diferencial o al menos tener un conocimiento claro del mismo para la remisión a servicios especializados. En el siguiente apartado se define en general para luego especificar algunas alteraciones que se encuentran frecuentemente en situaciones de desastre.

5. Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico diferencial tiene por objeto describir, clasificar, explicar y diferenciar la variedad de problemáticas o trastornos psicológicos (Marecos, 2003). Es importante, contar con un buen diagnóstico diferencial, para evitar confusiones entre alteraciones que puedan presentar síntomas similares. En este apartado son el Trastorno por Estrés Agudo (TEA), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Personas con Enfermedad Mental y Riesgo de Suicidio.

Estas problemáticas pueden poner en riesgo la salud mental de la persona y le provocan mucho malestar, son reacciones que dado el nivel de alteración requiere un tratamiento con mayor detalle y prolongación, en comparación a las reacciones iniciales que se dan ante un desastre (Martín y Muñoz, 2009).

Tanto el TEA como el TEPT son problemáticas que se pueden desarrollar posteriores a un desastre si las personas no reciben atención de primer orden. En el caso de las personas con enfermedad mental pueden verse alteradas y deben recibir una intervención diferenciada para su estabilización y, por último, el riesgo de suicidio se aumenta ante una situación de crisis como lo es un desastre. En los siguientes apartados se especifican los criterios diagnósticos y una descripción de cada una de las problemáticas que se pueden encontrar en situaciones de desastre.

a) Trastorno por Estrés Agudo

Los síntomas del Trastorno por Estrés Agudo surgen ante un suceso traumático y están relacionados con la disociación, la re-experimentación, la evitación y la activación fisiológica de forma persistente en un periodo de más de dos días y menos de cuatro semanas (Martín y Muñoz, 2009; Bryce, 2001). Sus criterios diagnósticos son los siguientes:

Recuerde: Cuando una situación se sale del marco de intervención o no se está preparado(a) para atenderla es importante realizar la referencia respectiva, ésta deberá entregarse a quien esté supervisando nuestro trabajo, es decir la coordinación de la Brigada.

Los datos más relevantes que se deben incluir en la boleta de referencia son: nombre completo de la persona a referir, identificación, lugar donde está ubicado (albergue o dirección de la casa), motivo de la referencia e institución a la que se le refiere. Consultar el protocolo en el anexo 12.

<p>Criterio A. Exposición real o amenaza a la muerte, a lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las siguientes maneras: 1. Experiencia directa con el evento traumático(s). 2. Ser testigo, en persona, el evento(s) que se le ocurrió a otros. 3. Al enterarse que el evento(s) le ocurrió a un miembro cercano de la familia o un amigo cercano. Nota: en caso de muerte o grave peligro a un miembro de la familia o un amigo, el evento(s) debe haber sido violento o accidental. 4. Experimentar la exposición repetida o extrema a los detalles aversivos del evento(s) traumático (por ejemplo, los primeros en responder en la recolección los restos humanos, los agentes de policía expuestos repetidamente a los detalles de abuso de menores). Nota: esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, la televisión, películas o imágenes, a menos que esta exposición es el trabajo relacionado.</p>	<p>Criterio B. Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías, intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación, y excitación, que comienza o que empeora después de ocurrido el evento traumático(s): <i>Síntomas de Intrusión:</i> 1. Recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos que provocan malestar del evento(s) traumático. Nota: en los niños, puede ser expresado en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos del evento(s) traumático. 2. Angustia recurrente en el sueño en que el contenido y las emociones en el sueño están relacionados con el evento(s). Nota: en los niños, puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible. 3. Reacciones disociativas (por ejemplo, de flashback) en la que el individuo se siente o actúa si el evento(s) traumático se repiten. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de ser una completa pérdida de la conciencia entorno actual). Nota: en los niños, la recreación del trauma-específico puede ocurrir en el juego. 4. Reacciones fisiológicas intensas o angustia psicológica prolongada o respuestas marcadas a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento(s) traumático. <i>Estado de ánimo negativo:</i> 5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad para experimentar la felicidad, de satisfacción, o sentimientos de amor). <i>Síntomas disociativos:</i> 6. Una alteración en el sentido de la realidad del entorno o de sí mismo(a) (por ejemplo, verse a sí mismo desde otro punto de vista, siendo la hora de ralentizar el tiempo aturdido). 7. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento(s) traumático (por lo general debido a la amnesia disociativa y no a otros factores como la lesión en la cabeza, el alcohol, o las drogas). <i>Síntomas de evitación:</i> 8. Esfuerzos para evitar recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente asociados con el evento traumático(s). 9. Los esfuerzos para evitar los recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente relacionados con el evento traumático(s). <i>Síntomas de excitación:</i> 10. Los trastornos del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o mantener, sueño agitado dormido). 11. Comportamiento irritable y arranques de ira (con poca o ninguna provocación), por lo general expresan como la agresión verbal o física hacia personas u objetos. 12. Hipervigilancia. 13. Problemas con la concentración. 14. Respuesta de sobresalto exagerada.</p>
<p>Criterio C. Duración de la perturbación (síntomas del Criterio B) es de 3 días a 1 mes después de la exposición al trauma. Nota: los síntomas generalmente comienzan inmediatamente después del trauma, pero se necesita persistencia durante al menos 3 días y hasta un mes para cumplir los criterios de trastorno.</p>	
<p>Criterio D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.</p>	
<p>Criterio E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos o alcohol) u otra condición médica (por ejemplo, lesión cerebral traumática leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.</p>	

Figura 20: Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Agudo. Fuente: DSM5, 2013, pp.208-281.

Si bien, los desastres pueden generar trauma y crisis, se debe hacer la aclaración de que no todas las personas que pasan por una situación de desastre llegan a generarlos.

Ante una situación de desastre la persona afectada percibe una amenaza a la integridad física y esto puede provocar reacciones de miedo intenso, horror o impotencia, desamparo y/o pérdida de control de la propia seguridad, desprotección y situaciones extremadamente cercanas a la muerte (Pérez, 2006; Campos, Sáenz & Salas, 2001). Situaciones abruman los

recursos tanto psicológicos como físicos y económicos no solo de las personas sino de las comunidades, más allá de lo que puedan tolerar y resolver (Wainrib & Bloch, 2000).

Si la persona presenta indicadores del TEA, la coordinación de la Brigada junto con algunos de sus miembros diseñará a partir de allí la intervención a realizar, a fin de disminuir su malestar psicológico. Es posible que las personas hayan vivido una situación de extrema amenaza pero aun así no la perciben como traumática y no presenten alteraciones, con estas personas la intervención que se realice será distinta, pero si hay presencia de síntomas y la persona no es consciente se le debe ayudar a identificar que la situación es traumática para ella y que se trabajará para que su malestar se reduzca.

b) Trastorno de Estrés Postraumático

El *Trastorno de Estrés Postraumático*, surge ante la exposición real a la muerte o amenaza, a lesiones graves o la violencia sexual. La persona estuvo expuesta directamente a uno o varios eventos traumáticos que implicaron: un peligro real para su propia vida (integridad física y psicológica), presenciar eventos traumáticos ocurridos a otras personas o enterarse de que un acontecimiento traumático ocurrió a un miembro cercano de la familia o un(a) amigo(a) cercano(a). En caso de muerte o grave peligro de un familiar o amigo(a) el evento debe haber sido violento o accidental, se experimentó la exposición repetida o extrema a los detalles aversivos del evento traumático (por ejemplo, los primeros en responder y recoger los restos humanos, policías expuestos repetidamente a los detalles de abuso de menores, entre otros).

Nota: no aplica la exposición a través de medios electrónicos, la televisión, celulares, o imágenes, a menos de que esta exposición esté relacionada con el trabajo, Criterio A.

Por otra parte, los criterios acá detallados aplican para personas adultas, adolescentes y niños mayores de 6 años, para niños de 6 años y menores utilice los criterios correspondientes que se detallan en el anexo 13 (DSM-5, 2013).

Es importante aclarar que para poder diagnosticar el TEPT tiene que haber pasado un mes después del evento traumático, por lo que no es objeto de la intervención temprana (Martín y Muñoz, 2009). En el siguiente cuadro se detallan los demás criterios diagnósticos del TEPT.

<p>Criterio B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con el evento traumático(s), comenzando después del evento traumático(s) ocurrido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos que provocan malestar del evento(s) traumático. Nota: en niños mayores de 6 años, puede expresarse en juegos repetitivos con los temas o aspectos del evento(s) traumático se expresan. 2. Sueños angustiantes recurrentes en los que el contenido y las emociones en el sueño están relacionados con el acontecimiento(s) traumático. Nota: en los niños, puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible. 3. Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks) en el que el individuo siente o actúa como si el acontecimiento(s) traumático se repite. (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de ser una completa pérdida de la conciencia del actual entorno). Nota: en los niños, la recreación al trauma-específico puede ocurrir en el juego. 4. Malestar psicológico intenso o prolongado a la exposición a señales internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento(s) traumático. 5. Reacciones fisiológicas marcadas a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento(s) traumático 	
<p>Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados con el evento(s) traumático, comenzando después de ocurrido el evento(s) traumático, como se evidencia por una o ambas de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar el o los esfuerzos para evitar recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente asociado con el evento traumático (s). 2. Evitar el o los esfuerzos para evitar los recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos angustiosos, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente relacionados con el evento traumático(s). 	<p>Criterio D. Alteraciones negativas en conocimientos y estado de ánimo asociados con el evento(s) traumático, se produjeron, como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento(s) traumático (por lo general debido a la amnesia disociativa y no a otros factores como la lesión en la cabeza, el alcohol, o las drogas). 2. Persistente y exagerada creencias negativas o expectativas acerca de uno mismo, los demás, o el mundo (<i>por ejemplo, "yo soy malo", "No se puede confiar", "El mundo es completamente peligroso", "Mi sistema nervioso entero está arruinado permanentemente"</i>).
<p>Criterio D.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Cogniciones distorsionadas persistentes acerca de la causa o consecuencia del evento traumático(s) que conducen a persona a culpar a sí mismo / a sí misma o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, horror, ira, culpa o vergüenza). 5. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas. 6. Los sentimientos de desapego o enajenación de los demás. 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad para experimentar la felicidad, de satisfacción, o sentimientos de amor). 	<p>Criterio E. Marcadas alteraciones en la excitación y reactividad asociados con el evento traumático(s), que empeora después de ocurrido el evento traumático(s), como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable y arranque de ira (con poca o ninguna provocación) expresan típicamente como una agresión verbal o física hacia personas u objetos. 2. Temerario/imprudente o comportamiento autodestructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problemas con la concentración. 6. Los trastornos del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o mantener el sueño).
<p>Criterio F. Duración de la perturbación (Criterios B, C, D y E) ir más de 1 mes.</p> <p>Criterio G. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.</p> <p>Criterio H. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos, alcohol) u otra condición médica.</p>	

Figura 21: Criterios diagnósticos el Estrés Postraumático. Fuente: DSM-5, 2013, pp.271-272.

Especificar si: **Con síntomas disociativos:** los síntomas del individuo cumplen con los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al factor estresante, el individuo experimenta los síntomas persistentes o recurrentes de cualquiera de los siguientes:

1. **Despersonalización:** experiencias persistentes o recurrentes de sensación separada de sí, como si uno fuera un observador externo de los procesos mentales o cuerpo de uno (por ejemplo, sintiendo como si en un sueño; un sentimiento de irrealidad del yo o del cuerpo o de tiempo en movimiento lentamente).
2. **Desrealización:** experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, onírico, distante, o distorsionada). **Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas).

Especificar si: **Con retraso en la expresión:** si no se cumplen los criterios diagnósticos, hasta por lo menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos de los síntomas pueden ser inmediatos).

c) Personas con Enfermedad Mental

Las personas que tienen antecedentes de enfermedades mentales pueden requerir atención especial, dado que el estrés que acompaña a una situación de desastre hace que sean frecuentes las recaídas o desequilibrios en esta población o bien por las dificultades en la obtención regular de sus medicamentos. El cambio en la organización de su vida cotidiana o la pérdida de un entorno familiar puede aumentar la intensidad de sus reacciones emocionales y síntomas (Maroto, 2003).

Como parte de las alteraciones que puede tener esta población se encuentran la desorientación y la comunicación extraña (dificultades graves para explicar quién es y lo que ha sucedido). En el caso que durante el desastre haya ocurrido algún traumatismo craneoencefálico, debe procurarse la realización de un chequeo médico a fin de descartar lesiones dado que puede agravar su condición.

Con esta población se puede realizar intervención individual mientras no se encuentre en un estado alterado propio de su enfermedad. Asimismo es de suma importancia indagar con los familiares el estado de salud mental previo al desastre para evidenciar algún cambio que se haya producido en su comportamiento, lo cual es esperado, principalmente por el cambio en la cotidianeidad. Es importante enfatizar en el control médico sobre la condición de esta persona y que continúe tomando los medicamentos que le fueron prescritos, y si estos se perdieron durante el evento se debe solicitar nuevamente el tratamiento (OPS, 1999).

Si la familia reporta un desequilibrio en su familiar pero no ha sido diagnosticado, se debe realizar una referencia (ver protocolo de referencia en el anexo 12) a la brevedad posible, ya que la falta de control previo junto con los altos niveles de estrés que produce un desastre pueden generar en estas personas un desequilibrio mayor.

d) Riesgo de Suicidio

El nivel de impacto de un desastre puede resultar de tal intensidad que algunas personas presenten ideación suicida, con el objeto de darle fin al sufrimiento emocional que les aqueja. Estas ideas pueden estar relacionadas con la confusión y pérdida de sentido de vida ante una adversidad muy grande, así como con la visualización de un futuro incierto y desolador (OPS, 2010; Slaikeu, 1999).

Ante la detección de la intención suicida de una persona el acompañamiento es vital, mantener el contacto con el individuo puede resultar crucial para prevenir que actúe. Se debe fortalecer la percepción de apoyo social ya que así los sentimientos ambivalentes, de querer morir, pero al mismo tiempo querer ser detenido, se disminuyen evitando el suicidio. Así mismo, los pensamientos sobre querer hacerse daño se presentan por un periodo corto, de forma que la intervención está dirigida a que la persona posponga la decisión y pueda pedir ayuda (Slaikeu, 1999).

Es importante señalar que la situación se torna más riesgosa conforme la persona tiene un plan sobre qué va hacer, cómo lo va hacer, cuándo lo va hacer; si ya lo ha intentado, si más de una vez, cuáles fueron las consecuencias, si recibió apoyo. Este último punto es muy relevante porque se pueden fortalecer las redes de apoyo con las que cuenta y que le han sido de gran ayuda o establecer nuevas (Slaikeu, 1999).

La intervención ante el riesgo de suicidio es prioritaria y desde el primer momento en que se detecta, dicha información se le debe hacer llegar al equipo de coordinación de la Brigada para que pauté líneas de trabajo a seguir con la persona. En el anexo 11 se encuentra la *Escala de Ideación Suicida de Beck*, elaborada por Beck, Kovacs y Weissman (1979), para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Esta escala se puede aplicar durante la entrevista exploratoria inicial con la persona como se indicó en el apartado de recolección de datos.

La escala consta de 19 reactivos, divididos en 4 secciones, en la quinta sección se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango del puntaje es de 0 a 38 (González, Díaz, Ortiz, González, González, 2000).



Capítulo IV. Intervención

Este capítulo sobre intervención pretende brindar los insumos teóricos desde la intervención en crisis, los primeros auxilios psicológicos y la intervención en segunda instancia para luego brindar algunos insumos prácticos como estrategias y procedimientos específicos que se pueden aplicar en el trabajo de campo. Para ampliar la información brindada por este manual en el tema de intervención puede consultar los documentos que se indican en el anexo 18.

1. Estrategias de intervención

Una gran variedad de técnicas específicas se han utilizado para proveer asistencia y mitigar o prevenir los efectos emocionales a largo plazo de los desastres (Chamey, Foa y Friedman, 2003). Para que éstas sean verdaderamente útiles deben ser adaptadas a las situaciones específicas según los recursos humanos, el tipo de desastre, y los materiales disponibles.

Las comunidades e individuos en los desastres resultan afectadas de diferentes maneras por lo que requieren de diferentes tipos de apoyo, como lo veremos en la pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental (figuras 22 y 23) se establece un sistema de apoyo en múltiples niveles según las diferentes necesidades, por lo que una gran porción de la población será atendida mediante la intervención comunitaria y grupal de la cual se derivarán algunos pocos casos para la atención individual (IASC, 2007).

A continuación presentamos algunas estrategias específicas para la intervención en estos tres niveles comunitario, grupal e individual para posteriormente sugerir algunos procedimientos y técnicas que pueden ser herramientas útiles para la intervención.

En el apartado de intervención en período crítico y poscrítico se detallan algunas estrategias de intervención muy concretas, por lo que a continuación lo que pretendemos es ampliar con algunas estrategias claves y recomendaciones. Esta sección no pretende ser exhaustiva, más bien las orientaciones aquí presentadas pretenden ser generadoras de las estrategias de intervención específicas para cada situación que se presente, según el contexto y los recursos con los que se cuente en ese momento.

a) Intervención comunitaria

El trabajo con la comunidad y los comités locales de emergencias es la base de toda intervención de la Brigada. Un principio fundamental es el fomento a las capacidades locales, apoyando la autoorganización, la autoayuda y fortaleciendo los recursos ya existentes. Una de las tareas principales es la detección, movilización y fortalecimiento de las aptitudes y capacidades sociales, comunitarias, familiares y personales (IASC, 2007).

La intervención en desastres con enfoque comunitario contempla la dinámica social en la que se inserta cada persona, dentro de un contexto que reúne aspectos históricos, políticos, económicos, sociales, culturales y religiosos, los cuales pueden convertirse en variables que vulnerabilizan (Beristain, 2000).

Es un concepto transversal para todas las decisiones que se toman en la atención en situaciones de desastre. Implica tanto acompañar a las personas al enfrentar el sufrimiento, como apoyar la satisfacción de las necesidades básicas y que se respete la dignidad de las personas. (Rodríguez, 2006; OPS, 2010).



Figura 22. Pirámide de Intervención para salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. Fuente: Elaboración propia a partir de IASC, 2010, p.3

Al incluir toda la dinámica social en la que se inserta la persona y su historia, las intervenciones se realizan desde diversos ángulos como lo muestran las figuras 22 y 23. Por ello es que los servicios de apoyo psicosocial se integran a la ayuda humanitaria, desde la cual se cubren primero necesidades básicas como la seguridad personal, alimentación, vivienda, trabajo, educación, entre otras. Se trabaja en para fortalecer la capacidad local en coordinación con otras instituciones y organizaciones de manera que se puedan cubrir las necesidades de manera integral.

Nivel	Qué se hace	Quiénes lo hacen
1°	<i>Servicios básicos y seguridad:</i> restablecimiento servicios básicos y a la seguridad, de forma que los servicios sean apropiados socialmente, protejan la dignidad, busquen el bienestar de todas las personas, al restablecimiento de las necesidades físicas básicas, que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial.	Fuerza Pública, Cruz Roja, Bomberos de Costa Rica, CNE, AyA, ICE, CCSS, Ministerio de Salud
2°	<i>Apoyo psicosocial no especializado:</i> se busca la activación de redes sociales, la reunificación familiar, el apoyo comunitario, los espacios de apoyo convivencia y encuentro para todos los miembros, desde la niñez a la adultez mayor (ej. grupos de mujeres y clubes juveniles), la participación ceremonias o rituales comunales como métodos constructivos de afrontamiento, actividades de educación formal y no formal y las actividades para fortalecer de los medios de subsistencia, entre otros.	Municipalidades, Comités Comunales de Emergencia, Asociaciones de Desarrollo, agrupaciones religiosas de diversa índole

Nivel	Qué se hace	Quiénes lo hacen
3°	<i>Servicios por parte de personal no especializado:</i> la intervención se dirige hacia un número menor de personas que requieren intervenciones individuales, familiares o de grupo, lo que incluye primeros auxilios psicológicos y la atención básica de la salud mental, ofrecido por trabajadores de atención primaria capacitados y supervisados (pero que no es atención especializada), puede ser incluso trabajadores comunitarios.	Actores sociales capacitados por las brigadas reconocidas por la CNE.
4°	<i>Servicios por parte de personal especializado:</i> atención en salud mental por especialistas (psicólogos, psiquiatras), es un apoyo adicional necesario para un pequeño porcentaje de la población cuyo sufrimiento emocional se ha vuelto intolerable y que pueden tener dificultades significativas para continuar con sus actividades diarias o presentan trastorno mental.	CCSS, otros servicios de salud mental (clínicas, consulta privada)

Figura 23. Elementos de los niveles de intervención. Fuente: Elaboración propia a partir de IASC, 2008a, 2010, pág.3

Se promueve que las personas afectadas hagan uso de sus capacidades y potencialidades para recuperarse de la situación, fortaleciendo las redes sociales existentes o haciendo nuevas, buscando los medios para restaurar sus necesidades básicas y siendo conscientes de los riesgos presentes en la comunidad para trabajar sobre ellos (Mora, 2012).

En este sentido, las comunidades en conjunto con el conocimiento técnico y científico de los profesionales de la Brigada, pueden realizar una serie de acciones asociadas al fortalecimiento de sus capacidades para la prevención, atención, recuperación y reconstrucción de las mismas, por medio de estrategias como: educar en gestión de desastres, concientizar sobre la relación con el ambiente, recuperación ante el impacto psicológico, activar socialmente grupos comunales que permitan la prevención de nuevas situaciones, entre otros (Sánchez, 2007). La Brigada interviene en algunas situaciones cuando las capacidades locales se ven desbordadas por las demandas generadas por el desastre y sus consecuencias.

Como voluntario o persona externa a la comunidad se deben tener presentes algunas premisas para trabajar con la comunidad (OPS, 1999, p.40):

- Ganarse la confianza.
- Ser seguro/responsable.
- Estar bien informado.
- Ser auténtico y sincero.
- Dedicar tiempo a aprender de los miembros de la comunidad.
- Comenzar despacio.
- Enterarse de las políticas locales.
- Respetar las distancias.
- Prestar mucha atención a la comunicación verbal y no verbal.

Algunas intervenciones tempranas valiosas, desde la perspectiva del enfoque comunitario, pueden ser:

- Establecer y difundir un flujo confiable y permanente de información creíble sobre la emergencia, los esfuerzos de las autoridades para cuidar la seguridad física, las tareas de rescate y la ubicación de los familiares.
- Participar en reuniones comunitarias, de forma que faciliten la información, se evacuen dudas, se fomente la participación y autogestión comunitaria. Si dentro de la reunión algún participante requiere de un espacio de contención y apoyo se le brindará dada que esa es su necesidad inmediata.
- Difundir material educativo, a fin de informar a la población cuáles son las “reacciones normales en una situación anormal”.
- Reunir a las familias.
- Consultar a la comunidad sobre dónde ubicar los lugares religiosos, las escuelas, entre otros.
- Invitar a los adultos y adolescentes a colaborar con tareas concretas de interés común tales como rescate, organización de albergues, distribución de alimentos, entre otros.
- Hacer intervención casa por casa.
- Brindar acompañamiento en situaciones difíciles como identificación de cuerpos, velas, misas, funerales, entierros, lo cual trae consigo mucho dolor para los seres queridos de los(as) fallecidos(as).
- Procurar el retorno a las actividades cotidianas y concientizar a las personas sobre los cambios que generan los desastres en la comunidad como nuevas organizaciones comunales, sociales y laborales, las cuales pueden ser complejas y pueden producir mucho estrés. Alentar el reinicio de lecciones en las instituciones educativas y estimular el restablecimiento de los eventos culturales y religiosos regulares.
- Insertarse dentro de las actividades de la comunidad para que la ayuda llegue a la gente, ya que la gente no siente que necesite los espacios de escucha y contención. Esta inserción puede ser para ayudar en labores de reconstrucción, colaborar en labores de limpieza, comedores, entre otros.
- Realizar actividades para todos los grupos poblaciones y especialmente aquellos que presenten mayor vulnerabilidad. Proveer espacios culturales, recreativos y religiosos; y facilitar la organización de actividades recreativas para los niños y niñas.

Figura 24: Intervenciones tempranas. Fuente: Elaboración propia a partir de Organización Mundial de Salud, 2003.

Recuerde cuando trabaja dentro de una comunidad que ésta tiene una organización social propia, en la que los valores, la visión del mundo, las creencias, la crianza de los niños y las relaciones entre sus actores y actrices son particulares con similitudes unas de otras pero, principalmente distintas. Por ello, los miembros del equipo de trabajo de la Brigada deben

ser conscientes de su propio aprendizaje cultural en relación con las diferentes comunidades, tener presente que los grupos culturales aprenden a través de diferentes estilos de pensar y percibir, y tener presente que no hay ninguna cultura que tenga acceso a la “verdad” universal; las creencias, las conductas y los valores corresponden al desarrollo social en el cual se construyó la comunidad (Caballero, 2006).

Se debe fomentar la participación de los afectados y las afectadas, así como brindarles toda la información disponible para que sean parte de la toma de decisiones sobre el proceso. Es de vital importancia realizar un seguimiento de las tareas llevadas a cabo, y en este mismo sentido se deben tener en cuenta áreas de mejoría a partir de una constante evaluación del trabajo efectuado.

Según el Proyecto Esfera (2004), que recoge una serie de principios y disposiciones del derecho internacional humanitario y legislación internacional sobre derechos humanos, hay factores específicos, como el género, la edad, la discapacidad, entre otros, que afectan a la vulnerabilidad y condicionan la capacidad de las personas para enfrentarse con los problemas y sobrevivir en el contexto de un desastre por ello más adelante se detallará esta temática con *estrategias de abordaje por población* en el tercer apartado de este capítulo.

En los siguientes cuatro apartados se detallan algunas de las líneas de acción más comunes e importantes: el acompañamiento y los espacios de escucha, la capacitación de agentes comunitarios, la intervención casa por casa, y las estrategias de comunicación.

a. Acompañamiento y espacios de escucha

Implica brindar acompañamiento en situaciones difíciles como identificación de cuerpos, velas, misas, funerales, entierros, lo cual trae consigo mucho dolor para los seres queridos de las personas afectadas. En esos momentos, las personas dolientes pueden requerir el apoyo de los miembros de la Brigada para que les acompañen y brinden tranquilidad. Así mismo, proteger la integridad de los familiares y seres queridos de las personas fallecidas, brindarles acompañamiento, contención emocional, siempre con un profundo respeto por cualquier tipo de actividad religiosa y procurando mantener el orden en cuanto a la asistencia masiva y los medios de comunicación para resguardar la intimidad de los afectados.

Es necesario además generar espacios comunitarios en donde se socialice el impacto de manera que permita reelaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis (OPS, 2002). Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las personas vengan a los servicios de salud. Esto puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores o disparadores (conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de sustancias).

Según la OPS (2002) la comunidad, y en especial sus organizaciones y líderes, deben recibir información educativa mínima sobre la problemática psicosocial en condiciones de desastre, las reacciones normales, qué esperar del proceso de recuperación y a qué servicios pueden acudir. Esta información o psicoeducación es vital para que la población aprenda a identificar las reacciones normales y diferenciar las complicaciones que requieran atención especial, así

como acceder a herramientas sencillas que puedan utilizar para afrontar sus propias reacciones. Para esto es importante tener a mano material educativo, panfletos y guías para facilitar a la población.

b. Capacitación de agentes comunitarios

La capacitación de agentes comunitarios es una labor primordial de la Brigada, mediante ella se fortalecen las capacidades locales y se asegura la continuidad y sostenibilidad de los planes mediante la organización, el fortalecimiento y empoderamiento comunitario (OPS, 2002).

La capacitación comunitaria en la temática de salud mental es un proceso dinámico de formación que fortalece tanto al colectivo como a los individuos que forman parte de él. Se fundamenta en la identificación de necesidades y recursos disponibles, los contenidos se derivan del proceso de evaluación comunitario. Se destaca el carácter multidimensional de la capacitación en la medida que se relaciona con otras áreas de abordaje (comunicación social, derechos humanos, organización y desarrollo, etc.) y se realiza de manera interdisciplinaria compartiendo y construyendo conocimientos desde las diferentes áreas de estudio (IASC, 2007; OPS, 2002).

El objetivo de la capacitación comunitaria es que las personas, mediante el aprendizaje y a partir de sus fortalezas, generen sus propias estrategias para la disminución de su vulnerabilidad y al mismo tiempo logren aumentar su capacidad de resolución de las problemáticas psicosociales de su comunidad (Mora, 2012; OPS 2002).

Varias poblaciones pueden verse beneficiadas de la capacitación algunas de ellas por ejemplo pueden ser: trabajadores(as) de la atención primaria en salud, voluntarios(as), líderes comunitarios, equipos de primera respuesta y socorro, equipos de ayuda humanitaria, docentes, otros agentes comunitarios. Todos estos actores y actrices comunitarios podrán convertirse así en agentes activos de la recuperación comunitaria y en los contactos directos con la comunidad además de que pueden ofrecer servicios de salud mental no especializados como la primera ayuda psicológica. La capacitación debe adecuarse a los niveles de atención y a la población a la que va dirigida, ya que el abordaje difiere según los actores y actrices sociales y su papel dentro de la comunidad.

Los contenidos de las capacitaciones se deben adaptar a las necesidades que se pueden determinar mediante entrevistas, cuestionarios, observación participante y reuniones grupales. A partir de la información recolectada se definen los contenidos, la población meta y las metodologías de trabajo de manera organizada y sistemática (OPS, 2002). En general se recomienda la utilización de técnicas participativas y procedimientos donde se vincule la realidad práctica con los temas impartidos.

Es importante según la OPS (2002) que se asegure la continuidad de los procesos mediante actualizaciones y también mediante la selección de los participantes, para que sean agentes comprometidos con la comunidad lo cual garantice el efecto multiplicador que se pretende a través de la capacitación. El futuro de las acciones es responsabilidad de las organizaciones locales y de las instituciones gubernamentales, por ello además de hacerles partícipes de

estos procesos se debe procurar la institucionalización de las acciones mediante los planes de salud y otros programas (IASC, 2007; OPS 2002).

c. Intervención casa por casa.

Una de las tareas que se puede realizar para acercarse a la comunidad es la visita a las casas en las cuales se encuentran personas con necesidades de escucha y contención o necesidades especiales (algún tipo de discapacidad u enfermedad), así como casas que se vieron afectadas por el evento. Esto puede implicar realizar una evaluación de daños sufridos en el inmueble o conversar con las personas que lo habitan para que evacuen y no pongan en riesgo su seguridad personal (OMS, 2003).

Esta intervención se realiza luego de conocer la comunidad y trabajar con algunos líderes comunitarios que puedan guiarnos hacia las casas que necesitan algún apoyo y que además nos introduzcan o presenten a los demás miembros de la comunidad.

Se puede apoyar brindando información del destino de las personas heridas y fallecidas, además de neutralizar rumores entre los(as) vecinos(as). En este sentido se puede ampliar la información sobre las reacciones normales ante situaciones de desastre y psicoeducación sobre qué esperar y qué evolución pueden tener estas reacciones (OPS, 2002).

Es una oportunidad para recolectar información sobre las necesidades de la población y su realidad, así como el nivel de vulnerabilidad de las familias e individuos. A través de la visita casa por casa se identifican los casos que pueden requerir de la intervención de otras instancias u organizaciones para lo cual se realizaría la respectiva referencia.

Así mismo se pueden identificar los grupos locales permitiendo una mejor comprensión sobre sus necesidades inmediatas y de qué manera se puede apoyar su participación como por ejemplo: incluir a representantes en las actividades de capacitación y en el intercambio de información puede ser una forma de contribuir al empoderamiento y la transmisión de conocimientos. Una red social cohesionada puede minimizar el sufrimiento de las personas y evitar la aparición de problemas psicológicos en la población (Caballero, 2006).

d. Estrategias de comunicación

Para reducir el miedo y la angustia en la población es necesario participar proactivamente en el diseño de estrategias de comunicación. Se debe trabajar interdisciplinariamente y con asesoramiento para elaborar recomendaciones para las entidades gubernamentales, los líderes comunitarios y los medios de comunicación para que mediante sus declaraciones e informaciones reduzcan la incertidumbre e insten a la calma (OPS, 2002).

Es importante recalcar no solo el mensaje en sí mismo sino su significado y según la OPS (2002) desde la construcción del sentido que de él mismo hacen las propias comunidades. La comunicación trasciende lo verbal para pasar a lo no verbal y lo simbólico.

La definición de una estrategia de comunicación implica establecer el contenido de los mensajes, los emisores, los medios y el público meta. Deben establecerse objetivos claros así

como estrategias de evaluación que permitan determinar quiénes recibieron el mensaje cómo lo recibieron y cómo lo interpretaron.

El objetivo principal de las comunicaciones en situaciones de desastre es transformar las actitudes y percepciones del riesgo así como asegurar la tranquilidad de la población con respecto a las reacciones normales, desmentir rumores y proveer información veraz sobre el trabajo de intervención y las acciones realizadas o por realizar.

Dentro de las estrategias de trabajo en esta área debe destacarse la relación del sector salud con los medios de comunicación. Se resalta la necesidad de establecer un proceso de diálogo así como la posibilidad de realizar actividades de capacitación e información con los directivos y trabajadores de los medios.

Es importante suministrar información a las comunidades sobre sus derechos, las obligaciones de las autoridades nacionales e internacionales y las vías apropiadas para la reparación de posibles violaciones de sus derechos. Tenga presente que en el caso que la comunidad requiera reubicarse ya sea en albergues o de manera permanente (Cohen y Ahearn, 1990; Valero, 2001, 2002):

- esta se organice por sí sola,
- quienes han de trasladarse tienen que participar en el proceso de toma de decisiones, comprometiéndose únicamente los que forman parte del cambio,
- las necesidades personales y sociales deben recibir atención especial,
- los funcionarios de instituciones participantes tienen que ser sensibles a los antecedentes culturales y étnicos de las personas que se trasladan.
- la reconstrucción de la comunidad es de suma importancia, el deseo de continuar con su vida cotidiana dentro de su comunidad refleja el apego al sitio, es por ello que con frecuencia la gente que se ve frente a la reubicación se niega a marcharse o abandona los nuevos hogares y comunidad construidos para ellos y casi siempre regresan a su hogar original.

Una de las principales funciones del personal de salud (especializado y no especializado) según la OPS (2002) es propiciar espacios de apoyo mutuo desenvolviéndose como facilitadores(as) de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueve la autoayuda. En el siguiente apartado se describen algunas estrategias de intervención grupal que puedan enriquecer las labores dirigidas en ese sentido.

b) Intervención grupal

En esta sección se destacarán algunas estrategias de trabajo para la intervención grupal, las ventajas de trabajar en grupo y algunas diferencias sobre los tipos de grupo con los que se puede trabajar según los objetivos del mismo.

Una manera muy práctica y útil para realizar intervenciones en desastres es la de trabajar en grupos. Según Rodríguez (2006) esto se debe principalmente a tres razones: 1) la cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial, como consecuencia de los desastres,

hace imposible la atención individual; 2) la mayoría de ellas no necesita una atención individual y profesional; 3) las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la preparación de las personas en su recuperación. Así mismo la implementación de procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos complementan la intervención psicológica individual (Abueg y Young, 2008).

Desde el punto de vista de la salud mental, los objetivos del trabajo con grupos son amplios y diversos, pero es posible resumirlos en (Caballero, 2006):

- informar y orientar verazmente;
- mejorar y estabilizar las condiciones psíquicas de los integrantes del grupo;
- aumentar las capacidades de las personas para afrontar y resolver las más variadas situaciones en la etapa posterior al desastre, y
- favorecer el retorno a la normalidad.

Se debe tomar en cuenta que el tiempo de las personas durante el proceso de recuperación personal, familiar y comunitario cambia y el ajuste a horas exactas puede resultar difícil. Por ello se debe evitar programar jornadas largas y complejas. Lo anterior tomando en cuenta que posterior a un desastre los niveles de concentración se alteran haciéndose más cortos en la mayoría de las ocasiones. En el momento de plantear la actividad grupal se procura no alterar la rutina de vida cotidiana de las personas convocadas, sino que lo que se busca es conformar una red de apoyo para sobrellevar mejor el día a día de las personas en el proceso de recuperación.

De acuerdo con sus propósitos, los grupos se pueden clasificar en: informativos y psicoeducativos y de apoyo emocional (Caballero, 2006), cada uno de ellos se desarrolla en la tabla a continuación en tres aspectos: definición, metodologías y líneas de trabajo.

Tipo de grupo	Grupos informativos y psicoeducativos	Grupos de apoyo emocional
Descripción	La información grupal es el modo de comunicación más utilizado para informar, enmendar referencias erróneas, rumores o mitos, y apoyar la organización de la población en la respuesta y la recuperación frente al desastre. Ofrecer información veraz y confiable tiene como efecto el alivio de la aflicción. Se puede llevar a cabo mediante reuniones, asambleas, talleres, al inicio o final de oficios religiosos, etc.	Se integran con personas que necesitan ayuda psicosocial, comparten problemas o intereses similares derivados de la situación creada por el evento traumático. Se recomienda que sean de varias sesiones, relacionadas entre sí, con un papel central y de conducción por parte del facilitador. El propósito es generar una dinámica en la cual los miembros intercambien experiencias en los modos de afrontamiento a situaciones extremas y sobre la recuperación de su comunidad.

Tipo de grupo	Grupos informativos y psicoeducativos	Grupos de apoyo emocional
Metodología	<p>Sesiones participativas que faciliten el diálogo, intercambio, las preguntas y respuestas, los planteamientos de problemas, las propuestas de soluciones, etc.</p> <p>Algunos temas importantes por tratar en estas reuniones son: situación del evento adverso, efectos en la comunidad, acceso a los servicios de salud, seguridad social, recursos para satisfacer las necesidades básicas de protección, alimentación, agua potable, higiene y alojamiento, entre otros.</p> <p>Se debe informar sobre las acciones tomadas por las autoridades, desde la fase de impacto hasta el momento actual; se debe precisar el papel de los participantes del grupo en la respuesta y la recuperación.</p> <p>En el caso de la necesidad del traslado de afectados a otros lugares, como refugios o albergues, es fundamental la explicación clara de las razones del desplazamiento, el por qué han sido seleccionados el lugar, las condiciones, la organización, el probable tiempo de su permanencia y otras dudas que surjan.</p>	<p>Pueden utilizarse diversas técnicas que dependen de los conocimientos y las destrezas del facilitador, por ejemplo, relajación, uso de la música, etc. Se pueden sumar procedimientos y recursos didácticos o terapéuticos en un marco ordenado y sistemático en el que se conserven los objetivos primarios del grupo y las líneas generales de trabajo. Sin embargo, un principio es que no se puede permitir que alguien monopolice el trabajo del grupo, centrándolo en una sola técnica o procedimiento específico.</p> <p>Desde el punto de vista metodológico, los elementos esenciales son los siguientes: definir una estructura y reglas del grupo, asegurar la continuidad del trabajo por un tiempo limitado, propiciar un clima de seguridad y confianza, fomentar la participación y que el(la) facilitador(a) sea no directivo(a).</p> <p>Frente a un planteamiento individual, se debe explorar si el mismo también preocupa a otros miembros del grupo, si el modo de sentirlo es igual o semejante, así como cuáles son las posibles soluciones. Se trata de un ejercicio de ventilación por el colectivo, evitando que la reunión se convierta en un reclamo de situaciones que debe resolver el(la) facilitador(a). No olvidar que lo fundamental es que los integrantes sean capaces de apoyarse mutuamente y fortalecer sus capacidades de afrontamiento de los problemas que los aquejan.</p>

Tipo de grupo	Grupos informativos y psicoeducativos	Grupos de apoyo Emocional
Líneas de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información veraz y confiable sobre el desastre según los intereses del grupo. • Desmitificar informaciones erróneas, alarmistas y de contenido mágico, teniendo en cuenta el contexto sociocultural. • Informar sobre las posibilidades de repeticiones o réplicas. • Transmitir recomendaciones y sugerencias para el enfrentamiento de la situación actual. • Considerar las perspectivas del traslado a los albergues y la vida en ellos. • Tratar de lograr una mejor comprensión de las acciones tomadas por las autoridades desde la fase de impacto hasta el momento actual, siendo realista y sin convertirse en un vocero oficial. Se puede transmitir a las autoridades las críticas o señalamientos realizados. • Discutir o analizar el papel de la comunidad. Estimular la participación y la solidaridad. • Transmitir información sobre los principales problemas psicosociales que se producen en casos de desastres, con especial énfasis en las reacciones psicológicas normales ante el evento sucedido y las señales de complicaciones o de posibles enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la comunicación directa y abierta entre el facilitador y el grupo. • Favorecer la integración y cohesión del grupo. • Posibilitar el intercambio de experiencias entre los integrantes del grupo, estimulando la reflexión colectiva sobre las preocupaciones existentes. • Facilitar la expresión de emociones y sentimientos de los participantes: miedos, culpabilidad, soledad, sensación de abandono, duelos por pérdidas, etc. • Identificar y abordar las “pérdidas” como causales directas del duelo o la aflicción. • Abordar las preocupaciones por el retorno a la rutina diaria de la vida: la escuela, el trabajo y la vida en el albergue. • Fomentar el reordenamiento de la dinámica de la vida cotidiana, con el consecuente reacomodo necesario ante las nuevas circunstancias.

Figura 25: Elementos de trabajo en grupos informativos y de apoyo emocional. Fuente: elaboración propia a partir de Caballero, 2006 y Rodríguez, 2006.

c) Intervención individual

La tarea central de la intervención es evocar, facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y remover los obstáculos a su operación, para así prevenir enfermedades y minimizar el riesgo de desarrollar trastornos que requieran posteriormente una atención especializada (Ehreinrich, 1999). Tomando en consideración esto proponemos una serie de principios centrales que guiarán hacia ese objetivo.

Un aspecto importante, en cuanto a prevención y preparación, es la generación de un proceso de psicoeducación popular e investigación participativa en el cual se trabaje el análisis de la concepción de los desastres para que a partir de una serie de concepciones que provienen de la ciencia, la conciencia mágica, el conformismo y resignación se pueda identificar, analizar y actuar sobre los escenarios de riesgo (Sáenz y Salas, 2000).

La intervención debe guiarse además a partir de algunas premisas fundamentales de adecuación a (OPS, 2010):

- las diferentes fases del desastre,
- los tiempos individuales y culturales de la comunidad, y
- el contexto social y cultural (reconociendo, comprendiendo y aprovechando las tradiciones y fortalezas históricas de las comunidades).

A partir de estas orientaciones podemos también señalar algunas estrategias específicas según los objetivos o tareas de la intervención que se encuentran resumidas en el siguiente cuadro:

Tarea	Estrategia
Brindar información	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la provisión de información clara, coherente, oportuna y veraz. • Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara.
Crear un clima de confianza y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Invitar a la persona a hablar sobre lo sucedido adoptando una escucha activa y mostrando interés. • Favorecer que la persona se sienta comprendida, aceptada y apoyada. • Ayudar a que la persona mantenga el contacto con la realidad externa. • Estar disponible cuando lo necesiten. • Respetar el silencio o las explosiones emocionales; esperar en silencio. • Identificar y adaptar el trato y el lenguaje a las características culturales y la edad: "don Álvaro" y "usted", "vos" o "tú", según lo que se use. • Evitar ponerse de ejemplo, comparaciones o imposición de criterios. • Aprender a manejar las situaciones y mantener el dominio sobre las propias emociones, sin generar predisposiciones con las personas. Nunca perder el control ni responder con agresividad.

Tarea	Estrategia
Brindar apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar el apoyo, la solidaridad y la ayuda de la familia y de las organizaciones comunitarias existentes asegurando acompañamiento y cuidado personal especialmente a quienes han tenido más pérdidas. • Ayudar a resolver conflictos. • Facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del desastre, de sus reacciones emocionales y de su condición actual. Puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución. • Prestar atención a las palabras, frases que utiliza, el tono que emplea cuando habla, las expresiones faciales, contacto con los ojos, gestos y posiciones del cuerpo. • El contacto físico, si la persona lo solicita y lo acepta, puede facilitar las cosas y crear una mayor sensación de seguridad.
Entender y aliviar los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar en forma focalizada los hechos, poniendo límites al relato, ayudando a la persona a centrarse en el presente, contextualizar el impacto del evento y realizando comentarios que sintetizen lo más relevante de la situación. • Normalizar las reacciones propias de la crisis con cuidado de no desvalorizar ni restar importancia a la situación. • Facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, alcohol o drogas) o de síntomas físicos y ayudar a la persona a entender las relaciones y a adoptar mejores medios de expresión. • Orientar a la persona a analizar la situación, procurando detectar los posibles errores cognitivos como la visión de túnel, reflexionar sobre las consecuencias para la salud de continuar pensando en la misma forma y buscar alternativas adecuadas ante la situación. • Promover el reconocimiento de las evidencias de progreso por parte de la persona. • Hacer seguimiento de la evolución para determinar si necesita una atención especializada.
Reforzar la autoeficacia e independencia	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar, junto con la persona, las ideas negativas e invitarla a hacer también un inventario de elementos positivos, intentando un balance más equilibrado. • Recordar y enfatizar que, a pesar del desastre, son personas que tienen fortalezas que han sido probadas en el pasado. • Evaluar las consecuencias inmediatas del evento en cada área de la vida, identificando las necesidades más urgentes y las preocupaciones importantes. • Sugerir y orientar hacia posibilidades de solución, alentando a las personas a asumir un compromiso activo en la toma de decisiones y en su implementación. • Promover que se mantenga o retome el estilo habitual de vida de la persona. • Promover el reinicio de las actividades sociales, tales como prácticas religiosas, deportivas, recreativas, etc. Esto puede generar culpa; en tal caso, insistir en que es indispensable que su vida se normalice lo más pronto posible y, además, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas. • Apoyar en “tareas de realidad” como identificando a los muertos o tomar decisiones sobre animales y otras propiedades.

Tarea	Estrategia
Elaborar pérdidas	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar las reacciones previas frente a una pérdida. • En caso de muerte de familiares, reforzar los recuerdos positivos del/a fallecido(a). • Apoyar la identificación del cadáver y la sepultura individual así como los rituales de aceptación (entierro, novenario, etc.) • Ayudar a superar la negación, confrontando a la persona con la realidad y ayudándole a analizar las perspectivas de una vida que debe continuar a pesar de la pérdida.
Notificación de malas noticias	<ul style="list-style-type: none"> • Notificar siempre en persona, no hacer llamadas telefónicas. No llevar pertenencias de la víctima a la notificación, no notificarle a un(a) niño(a) ni pedirle que traduzca para un(a) adulto(a). No hablar con los medios de comunicación sin el permiso de la familia. • Siéntese cerca del familiar más cercano de la persona fallecida (conyugue o padres) y llame por el nombre a la persona fallecida. Informe simple y directamente, con calidez. No use expresiones como “expiró”, “pasó a mejor vida” o “perdimos”, use las palabras murió, ha muerto o falleció, utilice las mismas través de la conversación. No culpe a la persona fallecida por lo que sucedió, aunque haya sido parcial o totalmente culpable. • Permita que el familiar exprese su dolor, si se descompensa, colóquelo en un lugar cómodo, ventilado, si la persona hiperventila, guíele la respiración. Responda honestamente a todas las preguntas (para ello deberá tener información sobre lo sucedido). No de más detalles de los que te pregunten. • Si la identificación del cuerpo es necesaria, se coordina el transporte del pariente más cercano a la morgue. Para prepararlo(a) psicológicamente, infórmele cómo será el reconocimiento, que “lucirá pálido(a)” o describir las condiciones en que se encuentra el cuerpo. • Si notificó a una sola persona no lo deje solo(a), arregle con un vecino o amigo(a), para que le haga compañía. Al siguiente día llame y de ser posible visite a los familiares. Si la familia no quiere que vaya, expréseles que está a sus órdenes y facilíteles su propio número telefónico y el de los coordinadores del equipo.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Vincular a la persona con recursos de ayuda a más largo plazo en atención social, médica y/o psicológica. • Hacer un cierre, entregando la persona a un familiar o encargado(a) de la emergencia.

Figura 26: Estrategias para la intervención individual. Fuente: Elaboración propia a partir de Abueg y Young, 2008; Baloian, Chia, Cornejo y Paverini, 2007; Ehreinrich, 1999; Martín y Muñoz, 2009; OPS, 2006; y Slaikeu, 1999.

En el caso de que se pueda realizar una intervención con la posibilidad de seguimiento se puede recurrir a al modelo cognitivo conductual. Follete y Ruzek (2006, pp. 215-217) proponen las siguientes fases y posibilidades de tratamiento:

- **Educación:** sobre las reacciones de estrés. Discusión de las estrategias de tratamiento para darle a la persona un marco desde el cual pueda comprender sus síntomas actuales, desarrollar control sobre sus reacciones y adquirir las bases que anticipen un

proceso terapéutico. Ofrecer ejemplos ilustrativos de la experiencia propia de la persona y luego pedirle que, en sus propias palabras, nos explique qué ha entendido y por qué cree que necesita ayuda.

- *Habilidades de afrontamiento para la ansiedad*: es útil brindarlas al inicio porque pueden proporcionar cierto grado de control sobre la angustia o aflicción, son técnicas relativamente fáciles de aplicar. Darle a la persona algunas herramientas para controlar su ansiedad puede generar una sensación de alivio y además proveer de la motivación necesaria para comprometerse con otras tareas del tratamiento. Algunas técnicas que se pueden utilizar son la relajación muscular progresiva, y ejercicios de respiración (lograr diez respiraciones por minuto). La mayoría de las personas suelen experimentar incomodidad durante las sesiones iniciales ya que implica confrontar y expresar recuerdos dolorosos, una manera de disminuirla es permitiéndole realizar los ejercicios con los ojos abiertos. Aunque debemos anticipar que los ejercicios reactiven recuerdos del trauma lo que puede generar sensaciones de pánico, ahogo, falta de aire, los cuales deben ser abordados inmediatamente.
- *Terapia cognitiva*: está basada en la noción de que la disfunción emocional es el resultado de la interpretación catastrófica o desadaptativa de los eventos. Es más efectivo utilizarla antes de técnicas de exposición, ya que puede ser difícil para la persona enfrentarse inmediatamente en los recuerdos traumáticos. La mayoría de los pensamientos y creencias de la persona se basan en experiencias y amenazas recientes, por lo que la sensación de inseguridad y peligro es bastante real para ella. Se debe enfatizar en que las creencias de las personas son comprensibles aunque pueden ser modificadas a la luz de otra evidencia. Aunque se debe alentar la consideración de explicaciones alternativas según las evidencias al alcance también se debe reconocer que los sucesos negativos pueden persistir luego del trauma, por lo que no debemos alentar pensamientos demasiado optimistas. Las creencias a raíz de traumas no van a cambiar rápida o fácilmente por el nivel de amenaza experimentada por lo que se requiere un período de tiempo amplio para que las personas aprendan a través de la experiencia que sus creencias inmediatas no están basadas en evidencia.

Luego del recorrido por las estrategias de intervención comunitaria, grupal e individual a continuación se detallan procedimientos y herramientas de intervención específicas para luego finalizar con una serie de técnicas de abordaje que instrumentalicen el trabajo del(a) brigadista.

2. Procedimientos de intervención

Para facilitar el afrontamiento a situaciones estresantes y la recuperación del desajuste emocional, a raíz de situaciones en las que el individuo percibe que las demandas superan sus recursos, se debe trabajar sobre los procesos cognitivos, afectivos, fisiológicos, conductuales y ambientales, para fortalecer su capacidad de respuesta (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

La intervención temprana permite recobrar la calma, el equilibrio psíquico y físico, agilizar los procesos de recuperación a nivel comunitario, familiar y personal. El periodo crítico comprende desde el momento en que ocurre el evento y las primeras 72 horas, y poscrítico es posterior a las 72 horas y abarca hasta los 30 días después (OPS, 2006).

Durante el período crítico se puede trabajar a partir de las herramientas de intervención en crisis detalladas en los siguientes apartados. Así mismo se pueden utilizar las técnicas de abordaje que se describen más adelante según la disposición de tiempo y recursos al alcance en el momento.

a) Herramientas para la intervención en crisis

La intervención en crisis lo que pretende es establecer una pronta solución, razonable y práctica a la situación que ha llevado al límite a la persona, de igual forma procura ofrecer ayuda para otros aspectos de "la salud mental del individuo para los que, en otro momentos, no hubiera habido ni ocasión de intervenir (porque el sujeto no hubiera buscado ayuda) ni posibilidad de modificar (porque el problema no hubiera sido tan fácilmente modificable)" (Fernández y Rodríguez, 2002, p.16).

Al realizar una intervención en crisis se deben tener presente aspectos claves para la aumentar la posibilidad de recuperación rápida y efectiva de las personas afectas (Robles y Medina, 2008; VVAA, 2005):

1. Inmediatez: implica que las intervenciones que se realicen deben iniciar lo antes posible posterior al evento, para evitar que las reacciones y malestares tengan una recuperación lenta.
2. Proximidad: las intervenciones se deben realizar lo más cerca posible del lugar donde ocurrió el desastre.
3. Expectativa: se debe dirigir la intervención para que la persona retome lo antes posible su rol, funciones y ocupaciones previas al evento.
4. Simplicidad: se deben utilizar técnicas sencillas y breves, de igual forma la intervención requiere brevedad. Incluso la satisfacción de las necesidades básicas en un ambiente seguro y estable aceleran la recuperación.

Figura 27: Aspectos claves para la intervención en crisis. Fuente: Robles y Medina, 2008 y VVAA, 2005).

a. Primeros auxilios psicológicos

Son la primera ayuda psicológica que recibe una persona cuando está en una crisis. Son técnicas que pueden ser empleadas por personas que no son psicólogos(as) como docentes,

voluntarios(as), personal socorrista, agentes comunitarios, entre otros (IASC, 2007; Martín y Muñoz, 2009). Hay recursos de salud presentes en todos los seres humanos: cada vez que escuchamos a una persona sus problemas y ésta habla, esto es un recurso de salud mental (Martín y Muñoz, 2009).

Los objetivos que guían la primera ayuda psicológica son:

1. Contribuir a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia.
2. Conectarse emocionalmente con la persona.
3. Reducir el malestar psicológico, la tensión y aflicción permitiendo la expresión emocional y normalizando las reacciones ante el suceso.
4. Proporcionar técnicas de afrontamiento que colaboren en la toma de decisiones para resolver los problemas urgentes causados por el desastre.
5. Hacer un análisis realista de la situación.
6. Favorecer el desarrollo de actividades solidarias y de ayuda mutua.
7. Proporcionar técnicas de contención y afrontamiento.
8. Preservar una zona de seguridad interpersonal para las personas afectadas, reduciendo el riesgo de daño físico o psicológico.
9. Proveer contacto social con familiares y amigos y asistir a los afectados para localizar y verificar el estado de sus seres queridos.
10. Prevenir el empeoramiento de la situación e identificar y referir los casos que requieran atención especializada (Abueg y Young, 2008; Martín y Muñoz, 2009, p.14).

Además de los objetivos anteriores en la siguiente figura se detallan los componentes básicos de los Primeros Auxilios Psicológicos:

Contacto psicológico

Para establecer el contacto psicológico, cérguese a la persona, llámela por su nombre e invítela a hablar a conversar de lo que ocurrió. Escuche hechos, pero principalmente sus sentimientos y conectarse con ellos, favoreciendo la descarga emocional, lo que favorece a crear un ambiente de confianza y aceptación (Slaikeu, 1999).

Cuando una persona está en crisis, se encuentra abrumado y angustiado. Un breve resumen, rescatando la idea central, de lo que ha dicho puede ayudar a que ordene sus ideas en su mente, esto permite hacerle ver que estamos siguiendo lo que está contando, recuerde siempre permitirle hablar libremente, con su vocabulario habitual. Se puede, también, repetir palabras o frases de lo que ha dicho.

Es conveniente evitar preguntas cerradas, dado que no es un cuestionario, por ende, las preguntas son abiertas, generales. Se pueden hacer preguntas como: “¿Cuénteme lo que le pasó?”, “¿Cómo se siente cuando me cuenta eso?”, o frases como: “Esa experiencia ha sido muy dolorosa para usted”, “Imagino que eso a usted lo ha puesto muy triste”.

Es importante recordar que durante esta fase se debe respetar la forma como la persona cuenta su relato. Si llora, si guarda silencio, grita, habla rápido o despacio.

***Evite* contar su propia historia, ignorar los hechos y sentimientos que se mencionan, juzgar o tomar partido, y saturar a la persona con preguntas.**

Examinar las dimensiones del problema	<p>Esta etapa se enfoca en la indagación del problema, para ello se puede utilizar la valoración CASIC tanto para ver (a) los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, (b) su impacto en la persona, y (c) las áreas a trabajar a partir de allí (Slaikeu, 1999).</p> <p>Para esto es necesario tener en cuenta que no se trata de realizar una indagación sistemática, sino que esto se va determinando a través del discurso de la persona. De igual forma se pueden hacer preguntas para guiar la conversación: ¿Ha pasado algo así antes?, ¿Cuáles son sus principales fortalezas?, ¿Qué le dificulta enfrentarse a esta situación/crisis ahora?, ¿Cuál es el impacto en su vida familiar?, ¿con sus amistades?, ¿en su salud física? ¿Cómo le ha afectado su rutina diaria?, ¿Cuáles redes de apoyo tiene y cuales pueden ayudarle a que esté mejor?</p> <p>El objetivo de dicha etapa es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona, estos se distribuyen en dos categorías (a) conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata y (b) conflictos que pueden dejarse para después (Slaikeu, 1999).</p> <p><u>Evite</u> permitir la visión en túnel y dejar obstáculos inexplorados.</p>
Sondear posibles soluciones	<p>El siguiente paso es identificar un rango de soluciones alternativas ante la crisis que experimenta la persona. Para esto se analizaran las ganancias y las pérdidas de cada una de las soluciones, se sintetizan y jerarquizan de un modo adecuado a las necesidades inmediatas y postergables. Para esto es importante que se reconozca cómo se han tratado los problemas previos y analizar los obstáculos para la ejecución del plan particular (Slaikeu, 1999) buscando fortalecer las áreas fuertes (habilidades, destrezas de la persona) para solucionar el problema.</p>
Ejecución de la acción concreta	<p>Se requiere que la persona realice alguna acción concreta para manejar la crisis. Sólo cuando las circunstancias deterioran la capacidad de una persona para actuar se toma un papel activo en la ejecución de acciones concretas, aún en esas circunstancias se hace de manera gradual (Slaikeu, 1999).</p> <p>En muchas ocasiones las acciones concretas se pueden implicar a otros, dado que se requiere la movilización de recursos sociales (familia, comunidad) que permitan tomar una decisión. Se pueden brindar a la persona indicaciones puntuales, que le aclaren el panorama y le faciliten la resolución de la crisis.</p> <p><u>Evite</u> Que la persona crea que tiene que resolver todo ahora, que realice decisiones obligatorias a largo plazo o que se retraiga de tomar responsabilidades cuando éstas sean necesarias.</p>
Seguimiento	<p>Se debe establecer un procedimiento que permita realizar un seguimiento para verificar el progreso de la persona, este encuentro posterior puede ser cara a cara o por medio del teléfono. Esto es importante, dado que a través de este último paso se determina si los primeros auxilios psicológicos alcanzaron las metas propuestas, es decir que fueron (a) suministro de apoyo (b) redujeron la mortalidad (c) cumplieron los alcances como fuentes de apoyo. Además este procedimiento facilita otros pasos hacia la resolución de la crisis (Slaikeu, 1999).</p> <p><u>Evite</u> Dejar detalles al aire o suponer que la persona continuará con la acción sobre el plan bajo su propia responsabilidad.</p>

Figura 28: Componentes de los primeros auxilios psicológicos. Fuente: Elaboración propia a partir de Slaikeu, 1999.

Además del modelo anterior se han desarrollado otras metodologías para la aplicación de la primera ayuda psicológica que facilitan al voluntario recordar los pasos a seguir. Como una metodología alterna a los PAP, Martín y Muñoz (2009), proponen ACERCARSE que puede evitar complicaciones y proporcionar autonomía para manejar la situación mediante una guía de orientación flexible y fácil de recordar por sus siglas:

Ambiente: reconocer el escenario de la crisis, el dónde, cuándo, cómo y los desencadenantes de la crisis, ya sea de primera mano o por medio de un informante para reconocer las circunstancias e intervenir de manera estratégica.

Contacto: el respeto a los sentimientos del(a) afectado(a) por más desacertados que parezcan. Evaluar el estado CASIC del sujeto, conocer la percepción y vivencia subjetiva de la persona ante lo ocurrido así como realizar un alineamiento con el paciente (escucha activa, empatía) para facilitar la expresión emocional.

Evaluación: especial y acorde con las posibilidades, se debe conocer el estado de consciencia de la persona. El asistente debe ir realizando un esquema mental de la formulación del caso, anticipando precipitantes, consecuencias, beneficios secundarios, factores de protección y riesgo así como el estilo de afrontamiento. Mucha de la información debe leerse entre líneas y con el objeto de generar soluciones y propuestas a lo largo del protocolo.

Restablecimiento emocional: expresión terapéutica de sentimientos respetando el ritmo de la persona y sus límites, tranquilizar sobre las reacciones fisiológicas mediante técnicas de desactivación.

Comprensión de la crisis: que la persona entienda el proceso mediante el cual se origina su problema y sus manifestaciones de cara a afrontar la situación mediante una sensación de control. Formulaciones explicativas y reconceptualización.

Activar: animar al(a) afectado(a) planificar sus primeros pasos de afrontamiento activo, tomar decisiones y tomar control sobre su situación para promover el cambio y así recuperar una mínima normalidad.

Recuperación del funcionamiento: llevar la planificación a la práctica a partir de las capacidades y habilidades que se conservan a pesar de la crisis y con el apoyo de una red social. En este punto es cuando se determina o no la derivación a una intervención más estructurada con un profesional en salud mental.

SEguimiento: proveer de eficacia y duración en el tiempo las acciones desarrolladas por medio de la intervención así como transmitir un mensaje de preocupación, a través del tiempo, por la persona.

Figura 29: Elementos del ACERCARSE. Fuente: elaboración propia a partir de Martín y Muñoz, 2009.

b. Segunda instancia

Cuando se habla de intervención en crisis de segunda instancia se hace referencia a una intervención posterior al período crítico en intervención en desastres. En estos periodos se ha resguardado la integridad física y psicológica de la persona y se le han brindado los primeros auxilios psicológicos para estabilizar su capacidad de respuesta ante la crisis. Posterior a ello, se puede trabajar en un proceso terapéutico breve encaminado a la resolución de la crisis (Slaikeu, 1999).

La resolución de la crisis se estructura alrededor de cuatro actividades de resolución (a) ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis, (b) la expresión de sentimientos, (c) el dominio cognoscitivo de la situación, es decir que reconozca la relación entre el incidente de crisis y los pensamientos generados; (d) lo que facilita la integración del suceso a la experiencia de vida y que se llegue a recordar como parte del pasado sin sentir malestar (Slaikeu, 1999).

La intervención en segunda instancia se basa en la terapia multimodal propuesta por Slaikeu (1999) que examina durante todo el proceso los aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos implicados en el desarrollo de la crisis. Esta terapia no sólo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y entrenamiento, si bien todas las personas pueden recibir capacitación para brindar los primeros auxilios psicológicos, la terapia en crisis solo puede estar a cargo de un profesional en salud mental como son los(as) psicólogos(as). Estos(as) profesionales sí están en capacidad de trabajar, durante el proceso terapéutico, otras crisis experimentadas anteriormente por las personas afectadas y que quizá no ha podido superarlas, lo cual puede estar dificultándole a la persona la apertura y disposición para encarar el futuro (Slaikeu, 1999).

Para desarrollar plenamente esta terapia se requiere de un ambiente clínico, en consultorios o centros de salud (privados o públicos). Requiere además un esquema claro de sesiones en que se incorporen diferentes aspectos, metas, logros, tareas; evaluación y control de variables que inciden en el tratamiento; evaluación continua del proceso del tratamiento; entre otras técnicas y estrategias de tratamiento sobre la crisis o crisis que ha vivido la persona afectada (Slaikeu, 1999; Silva, 2004).

Algunas particularidades de este tipo de intervención son (Slaikeu, 1999):

- Potenciar los recursos de la persona, tanto las fortalezas como apoyando las áreas de mejora.
- Focalización temática, concentrarse en los pensamientos, imágenes, y emociones relacionadas con al incidente.
- Integrar emociones e ideas, comprender la relación entre los sentimientos y los pensamientos generados por la crisis.
- Ritualizar la resolución de la crisis, hacer cambios en los patrones cotidianos como la asignación de tareas para la casa para facilitar la resolución.

b) Otras herramientas de abordaje

Para el período poscrítico se realiza la intervención de segunda instancia y según las necesidades de la persona se pueden utilizar las técnicas de intervención que se desarrollan más adelante. Se puede trabajar con la persona en el entrenamiento en inoculación del estrés, que es un paquete de técnicas cognitivo-conductuales útiles para afrontar cuadros de estrés agudos de tiempo limitado, secuencias de estrés, intermitencia crónica y estrés crónico continuado, relacionados también con acontecimientos traumáticos, tales como los que se presentan en situaciones de desastre (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Algunas técnicas que se plantean dentro del entrenamiento en inoculación del estrés son la relajación, los ejercicios de respiración, la reestructuración cognitiva y las habilidades de afrontamiento paliativo. Asimismo Abueg y Young (2008) proponen para la intervención en desastres la solución de problemas sociales y la exposición terapéutica directa en casos en que se muestran síntomas de un trastorno por estrés agudo. Por último, están las técnicas expresivas que les permiten a las personas expresarse a través de actividades más libres en las que la tensión o ansiedad de exposición se reducen. A continuación se detallan cada una de las técnicas mencionadas.

a. Relajación

La relajación tiene por objeto recuperar la calma, el equilibrio mental, la paz interior y reducir el estado de activación psicofisiológica. La relajación requiere de un entrenamiento gradual para que la persona vaya reconociendo los cambios en su cuerpo con cada paso y se desarrolle plenamente la relajación (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Hay una serie de condiciones aconsejables para cualquier procedimiento de relajación como usar ropa cómoda, procurar un lugar adecuado, limitar los estímulos externos, dar instrucciones claras y precisas, tener un tono de voz suave y tranquilo, dar a comprender a la persona la utilidad de la relajación y como se adecúa a su problema, y guiar a la persona para que se ponga en contacto con las sensaciones corporales propias.

Como la relajación es un proceso gradual es posible que inicialmente se presenten respuestas físicas molestas que inquieten a la persona, pero estas molestias se disminuirán con el tiempo: calambres musculares, espasmos, sensación de mareo.

Al iniciar la relajación se puede hacer un ejercicio que le permita a la persona comparar el estado inicial, antes de la relajación y el estado final, posterior a la relajación, evidenciando el cambio alcanzado del ejercicio. Para ello se utilizará la Escala de unidades subjetivas de ansiedad (USA) (Abueg y Young, 2008), la indicación que se le debe realizar a la persona es la siguiente: *Date cuenta de cómo se encuentra tu cuerpo y mente ahora, ¿qué número le darías a tu estado?, en una escala del 1 al 10, donde el 1 es el mayor estado de relajación y de*



tranquilidad que hayas vivido, y 10 el mayor estado de tensión, presión e intranquilidad que hayas sentido.

Después que la persona haya indicado su estado actual y antes de iniciar la relajación se le da la siguiente indicación: *Te preguntaré por tu evaluación de manera intermitente conforme vayas aprendiendo la técnica de relajación.*

iii. Relajación Progresiva

Esta técnica reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria, reduciendo efectivamente la ansiedad, el insomnio, la fatiga, el colon irritable, los espasmos musculares, el dolor de cuello y espalda y la tensión muscular en general (Davis, McKay y Eshelman, 2002).

Se trabajan cuatro grupos principales de músculos:

1. Músculos de la mano, antebrazo y bíceps.
2. Músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros; también los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua. Se prestará especial atención a la cabeza ya que desde el punto de vista emocional la mayoría de los músculos importantes están situados en esta región.
3. Músculos del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar.
4. Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies.

Cada músculo o grupo de músculos se tensa de cinco a siete segundos y luego se relaja de veinte a treinta segundos. Hay que repetir el proceso por lo menos una vez, si hay un área que permanece tensa se puede repetirlo todo unas cinco veces.

Se le puede indicar a la persona las siguientes expresiones que facilitan su relajación, para que las repita mientras se da la relajación progresiva:

- *Libero la tensión de mi cuerpo.*
- *Alejo la tensión de mí.*
- *Me siento en calma y descansado(a)*
- *Me relajo y libero los músculos.*
- *Dejo que la tensión se disuelva poco a poco.*

A continuación se describe el procedimiento abreviado, lo que facilita el aprendizaje del ejercicio, el procedimiento básico se detalla en el anexo 14.

En este procedimiento todos los músculos que forma parte de uno de los cuatro grupos musculares se tensan y se relajan a la vez. Se debe repetir cada proceso, por lo menos una vez, tensando cada grupo muscular de cinco a siete segundos y relajando después de veinte a treinta.

Recuerde hacer notar la diferencia entre las sensaciones de tensión y de relajación.

1. Extienda los brazos. Cierre ambos puños, tensando los bíceps y los antebrazos. Luego relájese.

2. Arrugue la frente. Al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto como pueda y gírela haciendo un círculo completo, primero hacia la derecha y luego en sentido contrario. Ahora arrugue los músculos de la cara como si quisiera parecer una pasa: frunza el entrecejo, cierre los ojos con fuerza, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

3. Separe los hombros arqueando la espalda con si fuera a hacer una inspiración profunda. Manténgase así. Relájese. Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración. Relájese.

4. Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas. Manténgalo. Relájese. Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relájese.

Figura 30: Indicaciones para la tensión por grupo muscular. Fuente: Davis, McKay y Eshelman, 2002, p.42.

Para tener mayor éxito y facilidad para relajarse, se recomienda realizar la relajación durante 15 minutos cada día por una o dos semanas.

iv. Ejercicios de Respiración

La respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica, aporta el oxígeno necesario para las funciones celulares de forma que el objetivo de los ejercicios es enseñar a las personas a mejorar la capacidad funcional de sus pulmones, al tiempo que regulan su ritmo natural respiración respiratorio” (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p.264). Para que la persona controle voluntariamente su respiración, en los momentos en que se vea alterada y pueda generar una sensación de tranquilidad y bienestar.

Algunos ejercicios de respiración se describen a continuación:

Respiración	Indicaciones
<p>Respiración Profunda</p> <p>El entrenamiento de este ejercicio consiste en realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir los ejercicios entre 10 y 15 al día, por la mañana, tarde, noche y especialmente en situaciones estresantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda. ✓ Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos. ✓ Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos. ✓ Mantener la respiración. Repetir interiormente “mi cuerpo está relajado”. ✓ Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

Respiración	Indicaciones
<p>Respiración contada</p> <p>Es para entrenar la respiración diafragmática</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se dirige el aire a la parte inferior de las costillas y, a medida que se inspira, se da la indicación de pensar en una palabra (ej. calma) y en otra al espirar (ej. relax). ▪ Se recomienda hacerlo 10 veces seguidas y repetir el ejercicio unas 20 veces.
<p>Respiración alternada</p> <p>La práctica concreta de este ejercicio respiratorio implica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utiliza una posición cómoda y relajada. ❖ Coloca el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda. ❖ Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente. ❖ Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda. ❖ Espirar por la ventana derecha. ❖ Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendo cerrada la izquierda. Cuando se desee espirar debe hacerse por la izquierda.
<p>Otros ejercicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En posición sentada, dejar que la respiración fluya y notar qué cavidades llena. • Tirarse de la nariz, abrirse las fosas nasales a la vez que se inspira. • Oler, inspirar olisqueando. • Realizar ejercicios para bostezar (ej. estirarse, abrir la boca, mover la mandíbula inferior, etc.) • Realizar ejercicios para suspirar, como por ejemplo suspirar a la vez que inclinamos el cuerpo hacia adelante soltando el aire.

Figura 31: Ejercicios de respiración. Fuente: Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 266-267.

Otro ejercicio de respiración con la técnica de soltar el aire propuesto por Abueg y Young (2008, pp.14-15) es:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buscar una posición cómoda, puede hacerse inclusive en un lugar público. ✓ Implica inhalar profundamente, imaginarse agrupando cualquier tensión de tu cuerpo, luego mantenerla durante algunos momentos, contar uno, dos, tres, cuatro. ✓ Luego soltar lentamente la respiración, dejando escapar cualquier tensión acumulada en el cuerpo. Cuando cuente tres, me gustaría que inspiraras profundamente. Uno, dos, tres... inspira. Imagina que agrupas toda la tensión de tu cuerpo. Bien. Mantenla, uno, dos, tres, cuatro. ✓ Ahora suelta el aire y la tensión de tu cuerpo suavemente, lentamente, dejando que se vaya escapando de tu cuerpo. ✓ Observa tu cuerpo tal como sería un ritmo natural de respiración. Repite el procedimiento 6 ó 7 veces, alternando con respiración normal, acompañada de verbalizaciones de aceptación: "Date permiso para darte cuenta de este momento de relajación. Esta es la forma en la que cuidas de ti mismo."
--

Figura 32: Otro ejercicio de respiración. Fuente: Abueg y Young (2008).

v. Relajación a través de ejercicios de Imaginación

La propuesta de esta técnica se basa en que para sobreponerse a sentimientos de tristeza y ansiedad hay que concentrar la mente en imágenes positivas. Imaginando un estado de relajación que se extiende y se distribuye por todo el cuerpo, que la persona se encuentre en un lugar apartado, seguro y bello.

Se pueden utilizar tres formas para estimular la imaginación estas son: la visualización, las imágenes dirigidas y escuchar música, todas estas se describen a continuación:

Visualización. Esta técnica permite concentrarse mientras se minimizan los pensamientos, emociones y el dolor físico:

1. *Interacción entre tensión y relajación:*

Cierre los ojos... fíjese en la tensión que hay en su cuerpo... pausa... Elija un símbolo¹ para representar la tensión o el dolor que experimenta en este momento... pausa... Elija otro símbolo que represente el concepto de relajación... pausa...Deje que ambos símbolos interaccionen de modo que, al final, la tensión resulte eliminada.

2. *Aparte su tensión:*

Cierre los ojos... Imagine un color y una forma para su tensión o dolor... pausa...

Ahora cambie el color y la forma... pausa... Aparte estos dos últimos elementos hasta que desaparezcan de su mente...

3. *Colores:*

Cierre los ojos... Imagine que su cuerpo está lleno de luces. Por ejemplo, una luz roja representa la tensión o el dolor u las luces azules representan la relajación... pausa... Imagínese las luces cambiando del rojo al azul o bien del azul al rojo y observe cualquier sensación física que experimente mientras tanto... pausa...

Ahora imagínese que todas las luces de su cuerpo han adquirido un color azul y experimente con ello la sensación de una relajación total.

4. *Tensión muscular:*

Concéntrese en aquella parte del cuerpo donde sienta una mayor tensión muscular... Conceda a la tensión una imagen mental, por ejemplo, un peso que le oprime el estómago, una cuerda fuertemente anudada alrededor de los brazos, un candado que cierra su boca, un torno que le aprieta los hombros (según el lugar donde sienta la tensión)... Intente ver la relajación de esta imagen. Imagine que está cubierto ligeramente por una capa de arena tibia... su pierna derecha... la izquierda... el estómago... el pecho... y los brazos. O imagínese que una cálida manta, que lentamente... lentamente le está cubriendo los hombros.

Figura 33. Ejercicio de Visualización. Fuente: Davis, McKay y Eshelman, 2002, pp. 85-86.

¹Ejemplo. Un dolor que sea simbolizado como un bloque de hielo que quema y hiere el abdomen, que sea contrarrestado por la relajación simbolizada como el sol que evapora el bloque de hielo.

Imágenes dirigidas. Esta técnica busca que la persona cree sus propias imágenes.

Busque una posición cómoda, cierre los ojos, concéntrese en sus propias sensaciones físicas y respire profundamente.

Busque en su mente las imágenes de lugares que más le guste, los paisajes preferidos, el lugar donde más le gusta estar.

Observe el malestar que le aqueja, un dolor muscular, un dolor de cabeza, piense en cuanto tiempo le va a durar el malestar.

Ahora vea nuevamente los lugares que más le gustan y dentro de todas estas escenas elija su lugar preferido, donde esté solo(a), disfrutando, relajándose y seguro(a).

¿Qué olor percibe?, ¿cómo es ese lugar?, ¿qué ve?, ¿cómo siente su cuerpo?

Ahora imagine que está haciendo algo que le relaja, como disfrutar de una buena comida, hablar con sus amigos, escuchando su música preferida, caminado, bailando, leyendo un libro.

Disfrute de la escena, relájese en ella, sienta la seguridad, la tranquilidad. Note que su malestar se está yendo o se ha ido por completo.

Figura 34. Ejercicio de Imágenes dirigidas. Fuente: Davis, McKay y Eshelman, 2002, p. 89.

Escuchar música. Se le indica a la persona que puede utilizar una música tranquila y suave cuando quiera relajarse, se puede hacer una sesión de media hora de música relajante de forma ininterrumpida, preferiblemente estando solo(a) y para escuchar todos los días.

Se puede utilizar de nuevo música que en el pasado le sirvió para relajarse, ya que trae consigo algo positivo que le puede servir

Para dar inicio a la sesión de relajación, reproduzca la música seleccionada, colóquese en una posición cómoda y cierre los ojos. Busque mentalmente áreas de tensión, de dolor y relajación en su cuerpo. Observe cuáles sensaciones y emociones siente cuando está concentrado(a) en la música.

Cada vez que un pensamiento no deseado aparezca en su mente, fíjese en él y luego ignórelo, recordando en todo momento que debe concentrarse en la música y relajarse.

Una vez que la música haya terminado, deje que su mente recorra su cuerpo para averiguar cómo se siente.

¿Hay alguna diferencia en cómo está ahora y en cómo estaba al empezar?, ¿Hay alguna diferencia entre su humor actual y el que tenía al empezar?

Figura 35. Ejercicio de Escuchar música. Fuente: Davis, McKay y Eshelman, 2002, p. 90.

b. Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica que permite confrontar los pensamientos irracionales, mágico-religiosos, y catastróficos sobre los desastres que limitan la capacidad de

afrontamiento, le generan más ansiedad de la persona y retardan el proceso de recuperación. Así mismo, lleva a las personas a poner a prueba las creencias que tienen, a buscar evidencias para así corroborarlas o desecharlas y principalmente a reemplazar el pensamiento disruptivo que puede impedir la recuperación y prolongar el sufrimiento, por uno tranquilizador, reduciendo o eliminando la perturbación emocional (Bados y García, 2010).

Para utilizar esta técnica se requiere de velocidad y creatividad de pensamiento que permitan mantener una conversación fluida y competente con la persona afectada. Durante la conversación la persona va afirmando los pensamientos y creencias que afectan su proceso de recuperación y es allí mismo donde se empieza a trabajar con ellos (Bados y García, 2010).

Se trabaja la modificación de pensamientos disfuncionales o inapropiados a partir de estrategias cognitivas adecuadas para un afrontamiento efectivo, se utiliza el análisis de la evidencia confirmatoria y desconfirmatoria de las creencias, proporcionando información clara, concisa y científica de los fenómenos que se convierten en amenazas, permitiendo corregir ideas erróneas, datos engañosos, y señalar las consecuencias negativas de ciertos comportamientos. Todo esto se realiza mediante el diálogo socrático², a través de preguntas que permitan debatir los pensamientos negativos para desecharlos y reducir el malestar que generan (Bados y García, 2010; Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Cada situación conflictiva se descompone para hacerla más manejable y se plantean listas de pensamientos alternativos que sean más adaptativos. Para afrontar la situación se pueden utilizar estrategias específicas según cuatro momentos:

<p>1. Preparación para enfrentarse al estresor: estas autoinstrucciones ayudan a la persona a combatir el pensamiento negativo, a recalcar la planificación y preparación que requiere el afrontamiento.</p>	<p>Ejemplo: <i>¿Qué tengo que hacer?, sólo tengo que pensar en lo que tengo que hacer, no tengo que poner atención a si me estoy poniendo nervioso, me tengo que concentrar en lo que tengo que hacer, no en lo que interfiere.</i></p>
<p>2. Confrontación con el estresor: estas autoinstrucciones se enfocan en controlar la reacción del estrés, interpretar los signos que aparecen y manejarlos de forma constructiva, reforzar el uso de habilidades específicas o relajación y mantenerse centrado en la tarea o situación.</p>	<p>Ejemplo: <i>El malestar que siento me sirve de recordatorio que tengo estrategias de afrontamiento que puedo utilizar, relájate, respira y sigue adelante, no tengo que pensar en mi estrés sino en cómo resolver el problema.</i></p>

²En esta técnica también se utiliza la realización de experimentos conductuales los cuales no se toman en cuenta en la descripción dado que en las situaciones de desastres las personas se ven inversas en múltiples escenarios en los que pueden poner en práctica la modificación de pensamientos.

<p>3. Afrontamiento de las sensaciones de estrés o malestar si se producen: estas autoinstrucciones pueden servir de motivación para permanecer a pesar de todo, centrarse en lo que está ocurriendo, aceptar los sentimientos, aunque sean abrumadores, desbordadores y de poco control, esperar que disminuyan y aprender a tener cierto control incluso si sucede lo peor.</p>	<p>Ejemplo: <i>Si comienzas a sentirte nervioso(a) o alterado o estresado(a) haz una pausa y respira profundamente, valora el estrés en una escala de 0 a 10 y fíjate cómo cambia, trata de centrarte en lo que puedes hacer para mantener la situación o para reducir el malestar, relájate y ve despacio, no trates de eliminar el estrés totalmente, trata de simplemente de reducirlo y mantenerlo en unos niveles aceptables, etc.</i></p>
<p>4. Valoración de los esfuerzos de afrontamiento: las auto-instrucciones tienen que permitir valorar qué funcionó y qué no, la utilidad de las estrategias para reconocer y afrontar el estresor, y valorar los avances sin importar que fueran pequeños, permitiendo reforzarlo y felicitarlo por el intento.</p>	<p>Ejemplo: <i>No ha sido tan malo, he afrontado la situación bastante bien con la estrategia utilizada, creo que he progresado, aunque sé que todavía puedo mejorar lo he hecho bastante bien, etc.</i></p>

Figura 36: Estrategias para la reestructuración cognitiva. Fuente: Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 427-428.

Es importante, de forma reiterada, invitar a la persona a que por sí misma identifique las cogniciones que le están molestando, tanto las que hacen referencias al evento como aquellas que se relacionan con malestares físicos, emocionales y conductuales consecuentes al desastre, se le hace saber que (Bados y García, 2010):

- Muchos pensamientos son automáticos e involuntarios, pueden ser tan habituales y aceptados que no se le prestan atención, a menos que se haga un esfuerzo para identificarlos, tales como los esquemas y pensamientos que plantea Beck.
- Asegurarse de identificar los pensamientos más importantes o claves que producen el malestar emocional. Ese pensamiento automático que surge para justificar el malestar.
- Es común confundir pensamientos y emociones; por ejemplo: “me sentí fatal” o “estoy nervioso” los cuales son estados emocionales y no pensamientos, guíe a la persona para que esta pueda hacer la diferencia.
- Las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de pensamientos verbales, sino también como imágenes, también téngalas presentes.

Se debe procurar direccionar el trabajo sobre estos pensamientos catastróficos para reducir el malestar emocional, las consecuencias físicas (carácter psicósomático) y elaborar la situación con el fin de integrarla en la vida, lo que lleva a reducir los efectos a largo plazo.

c. Habilidades de afrontamiento paliativo

Son aquellas estrategias que pueden ayudar a mitigar el malestar producido por una situación cuyo grado de adversidad o amenaza es sostenida o de poco control (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Estas habilidades son, la toma de perspectiva, el contacto con personas en situación similar, la desviación de la atención, el apoyo social y la expresión adecuada de sentimientos:

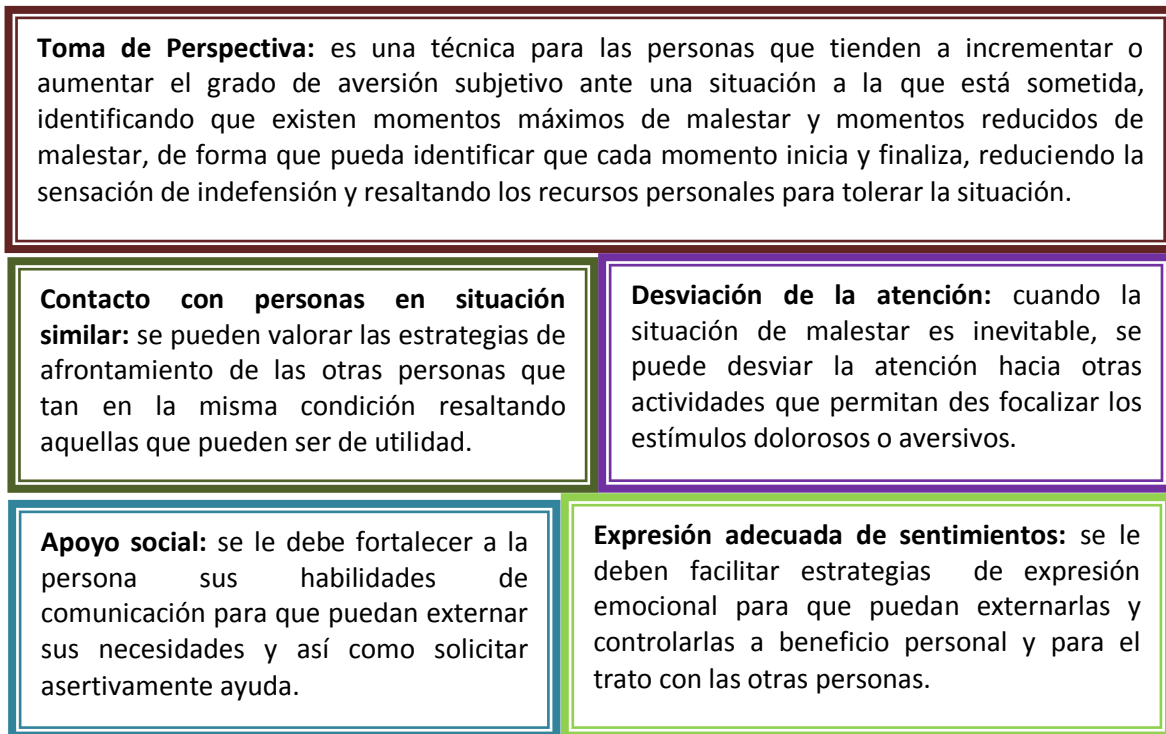


Figura 37: Habilidades de afrontamiento paliativo. Fuente: Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012.

d. Solución de problemas

i. Técnica de Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012

La técnica de solución de problemas ayuda a las personas a enfrentar de forma más adaptativa al estrés, para buscar soluciones efectivas para problemas específicos del día a día. Se puede utilizar en contextos donde por lo cambiante de las condiciones la planificación de acciones es diaria o a corto plazo. Implica una actividad consciente, racional, esforzada, con el propósito de mejorar una situación problemática, o reducir el estado emocional negativo generado por la situación, o ambas posibilidades (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

El entrenamiento consta de cinco fases:

1. *Orientación hacia el problema*: requiere una actitud positiva hacia la situación-problema y hacia la propia capacidad para afrontarlo y resolverlo. Al trabajar con las personas afectadas es importante enfatizar en que estas creencias sean constructivas y optimistas, que le permitan ver las posibilidades de obtener buenos resultados. Al ser capaz de resolver la situación, aumenta la sensación de autoeficacia, facilitando el afrontamiento del problema, y enfatizando también la importancia de pensar antes de actuar.
2. *Definición y formulación del problema*: La definición del problema requiere de recolección cuidadosa y sistemática de los hechos, identificando las demandas y obstáculos, aún los que no se consideren relacionados con el problema, con el fin de analizarlos y descartarlos definitivamente. Para identificar el problema se debe desechar las ideas y creencias de lo que la situación debería ser y centrarse únicamente en lo que es en realidad, solo así se es capaz de definirla y avanzar hacia etapas posteriores. Al estar definido el problema se pueden establecer metas realistas, aceptar que algunas cosas podrán ser resueltas o no del todo, trabajar la respuesta personal y la tolerancia a la incertidumbre.
3. *Generación de alternativas de solución*: para generar alternativas se puede dividir la situación estresante en unidades más pequeñas y manejables, lo que facilita la generación posibles soluciones. Hay dos principios que se deben tener presentes: cantidad y calidad. Entre más soluciones, mayor probabilidad de contar una alternativa apropiada y cuanto más diversas, mayor capacidad de adaptación de la persona a los factores implicados. En esta etapa se debe concentrar en generar diversas alternativas.
4. *Toma de decisiones*: lo que se busca es valorar (la adecuación y la viabilidad) y comparar las diferentes alternativas para elegir la mejor, anticipando las posibles consecuencias (positivas y negativas) de su implementación. Incluso se pueden combinar elementos de diferentes opciones para llegar a la solución óptima. La valoración de cada solución se realiza a través de un análisis de ventajas y desventajas, utilizando una escala subjetiva del valor que tiene para la persona la solución, del 1 (ningún valor) a 11 (mucho valor). Una vez elegida la solución se valora nuevamente con estas preguntas: ¿la idea es práctica y se puede llevar a cabo?, ¿es realista? o ¿es muy costosa?, ¿cuánto tiempo requiere?, ¿puede ser implementada solamente por la persona o requiere que otras se impliquen?, las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica ¿llevan a resolver el problema?
5. *Implementación de la solución y verificación*: se le debe recordar a la persona que la solución de los problemas requiere de tiempo, esfuerzo y persistencia, pero que se puede lograr. Es importante contar con una o varias metas y para cada una establecer un plan de acción, y estar pendiente el resultado que se va obteniendo, valorándolo con el plan. Cada uno de los pasos que se dé, deben formar parte del plan. Se requiere de auto-observación de la ejecución de la solución, auto-evaluación de los resultados en comparación con los resultados anticipados, y auto-reforzamiento para que los resultados obtenidos se adecuen a los anticipados. No dude en dejar por escrito todos estos pasos de resolución del problema para que la persona pueda guiar mejor sus acciones.

Figura 38: Técnica de solución de problemas. Fuente: Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012.

ii. Técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried

Esta técnica promueve la efectividad en resolución de problemas, a través de hacer disponible una variedad de alternativas de respuesta para enfrentar situaciones problema, lo que aumenta la probabilidad de escoger la respuesta más eficaz (Méndez, Olivares y Abásolo, 2012). A continuación se describe las fases de la técnica, sus objetivos y su descripción:

Fases	Objetivos	Descripción
Orientación del problema	Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema.	La orientación del problema es el resultado del sistema de creencias, valores y de las experiencias previas que ha tenido la persona. Una orientación positiva favorece una resolución eficaz, por ello se le debe enseñar a las personas a controlar los pensamientos y emociones negativas a la hora de enfrentarse al problema, a no responder impulsivamente cuando intente resolverlo y a identificar las causas de forma objetiva, evitando culpabilizaciones y reconociendo el tiempo y esfuerzo con el que cuenta para su solución.
Formulación y definición del problema	Definir el problema operativamente y plantear metas realistas.	Una buena definición del problema facilita la solución del mismo, evitando que sea vago, ambiguo y distorsionado. Para ello se debe buscar toda la información relevante y objetiva relacionada, describir la situación-problema en términos concretos y simples, y buscar sus causas para establecer metas realistas.
Generación de alternativas	Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema.	Se debe generar el mayor número de posibles alternativas dado que es más probable encontrar una solución eficaz. Hay tres principios: <i>-Principio de Cantidad:</i> la cantidad genera calidad. <i>-Principio de aplazamiento:</i> excluir la crítica de las alternativas. <i>-Principio de variedad:</i> proponer soluciones diferentes, combinarlas entre ellas y mejorarlas.

Fases	Objetivos	Descripción (cont.)
Toma de decisiones ³	Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar las que pueden resolver mejor la situación.	Se descartan primero las alternativas que por falta de medios no pueden llevarse a la práctica y aquellas que generan consecuencias negativas. Para escoger la solución se debe valorar: -En qué grado la alternativa puede solucionar el problema (<i>resolución del conflicto</i>). -Cómo se sentirá la persona después de haber tomado la decisión (<i>bienestar emocional</i>).-Cuál alternativa requiere menos tiempo y esfuerzo (<i>relación tiempo/esfuerzo</i>). -Se estima el equilibrio entre los beneficios totales y los costos totales, a corto, mediano y largo plazo (<i>bienestar general personal y social</i>).
Ejecución y verificación de resultados	Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados.	Se pone en práctica las alternativas en la vida real (<i>ejecución</i>), observando y registrando los resultados (<i>autoobservación</i>), valorando el grado en que resuelven el problema (<i>autovaloración</i>), en caso de resultados negativos se analizan nuevamente estos, y si los resultados son satisfactorios se debe reforzar a sí mismo(a) con actividades placenteras y de descanso (<i>autoreforzo</i>).

Figura 39: Técnica de Resolución de Problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971). Fuente: Méndez, Olivares y Abásolo, 2012.

Otra técnica que se puede utilizar para resolver problemas es el Programa SCIENCE de Mahoney.

iii. Programa SCIENCE de Mahoney

Este es un programa sencillo, completo y de fácil comprensión para que la persona desarrolle las habilidades de enfrentamiento a los problemas de forma eficaz e independiente. Esta técnica resalta la importancia de los procesos cognitivos de la persona así como su capacidad de aprendizaje, para incidir en las tres causas principales de los problemas: la situación, el patrón de conducta y el patrón de pensamiento, si se cambian estas el problema estará

³Si el problema parece irresoluble habrá que devolverse a las etapas anteriores para redefinir y reformular el conflicto.

resuelto (Méndez, Olivares y Abásolo, 2012). A continuación se describen las fases del programa y sus respectivas descripciones:

Siglas	Fases	Descripción
<i>S (Specify)</i>	<i>Especificar el área general del problema</i>	Definir el problema y las metas a donde se quiere llegar.
<i>C (Collect)</i>	<i>Recoger información</i>	Recopilar información completa y detallada sobre el problema y sus causas mediante (auto)registros, cuestionarios y observaciones.
<i>I (Identify)</i>	<i>Identificar las causas</i>	Analizar los posibles factores (físicos, ambientales, personales) que pueden influir en el origen, desarrollo y mantenimiento del problema.
<i>E (Examine)</i>	<i>Examinar las soluciones</i>	Elaborar soluciones alternativas, diferenciando los objetivos de los medios ⁴ .
<i>N(Narrow)</i>	<i>Delimitar y experimentar</i>	Elaborar las opciones que parezcan más viables y ponerlas en práctica (experimento personal).
<i>C (Compare)</i>	<i>Comparar el progreso</i>	Valorar los efectos del experimento personal comparando los datos obtenidos con autoregistros antes y después.
<i>E (Extend)</i>	<i>Ampliar, revisar o reemplazar la solución</i>	Emplear otras opciones o combinación de ellas si el resultado del experimento personal no fuese del todo positivo.

Figura 40: Programa SCIENCE de Mahoney (70's). Fuente: Méndez, Olivares y Abásolo, 2012.

e. Exposición Terapéutica Directa

Esta técnica se utiliza para trabajar con personas que muestran síntomas de un trastorno por estrés agudo o en caso que haya pasado más de un mes del desastre y presente indicios del TEPT. Es importante aclarar que para poner en práctica la exposición directa se debe tener experiencia en intervenciones con personas que han presentado el TEA o TEPT, o profesionales que sean supervisados por clínicos con mayor experiencia (Abueg y Young, 2008).

⁴⁴Un medio es una estrategia para lograr un fin u objetivo.

La exposición directa consta de 12 puntos:

1. Introducción a la exposición. Se le explica a la persona cómo se realiza la técnica y se obtiene un consentimiento informado de la persona. Se debe comunicar la posibilidad de aumentar los sentimientos de malestar y miedo, en ese caso se puede detener el ejercicio si se considera que es mejor no continuar. De igual forma se le debe exponer a la persona los beneficios que obtendrá, los pasos que forman parte del ejercicio y el número de sesiones.

Te preguntaré sobre los momentos más perturbadores la situación incluyendo si pensaste que tu vida estaba en peligro (y cuándo fue). Te enseñaré un ejercicio de relajación profunda que iniciaremos y terminaremos. La parte del procedimiento que se parece a la limpieza de una herida, o exposición directa, implica volver a experimentar la escena, con mi ayuda, con tanto detalle como sea posible. Durante bastantes minutos, te ayudaré a que permanezcas en contacto con esas emociones, centrándote en el miedo o el malestar, mientras yo recuerdo que puedes detenerlo en cualquier momento. Sin embargo, el objetivo será dejar salir la emoción: puede sentirse abrumadora o excesiva, pero serás capaz de seguir mis instrucciones y atenuarlas si tu cuerpo lo necesita.

2. Prueba de la imaginación. Se refiere a la capacidad para imaginar, aislando los dos recuerdos más perturbadores y elaborando con detalle los elementos de la situación, incluyendo autoverbalizaciones. Considera detener la intervención si los recuerdos más molestos son numerosos, más de tres, si tiene pos relación con el trauma del desastre o si son indicativos de una psicopatología compleja o comórbida (p. ej., culpa no tratable relativa a una grave depresión prolongada).

¿En qué momento, si hubo alguno, sentiste que ibas a morir? O ¿en qué momento observaste que estaba en riesgo la vida de alguien?, ¿Qué otros recuerdos o experiencias del trauma son los más perturbadores para ti?

Con los ojos cerrados o ligeramente abiertos, concéntrate en algún punto del suelo delante de ti. Me gustaría si pudieras ver, oír, o sentir de nuevo alguna de esas sensaciones. En una escala del 1 al 7, evalúa, por favor, cómo de vívido o de realista es en estos momentos, siendo 7= extremadamente vívido y 1= no puedes ver u oír los estímulos ambientales en tu imaginación.

Las personas que responden 1 ó 2 a menudo pueden contestar a la siguiente indicación:

Si te es más fácil retrotraerte simplemente a los recuerdos, también es correcto. Descríbeme más detalles simplemente a los recuerdos, también es correcto. Descríbeme más detalles de la escena o de la situación a la que estuviste expuesto. ¿Puedes recordar qué cosas pasaban por tu cabeza, qué cosas te decías a ti mismo?

3. Desarrollo de los estímulos. Se refiere a evaluar los estímulos ambientales del miedo condicionado.

¿Qué estaba sucediendo a tu alrededor?, ¿Puedes compartir lo que estabas pensando y sintiendo?

Permitir que la respuesta sea tan libre como se pueda. Observar las cimas y los valles del miedo, y la ansiedad en el contenido manifiesto de la historia. Además, tomar nota de cualquier señal visible de ansiedad durante la narración de la historia.

Si puedes, piensa en algunas visiones, sonidos, posición física, olores u otras sensaciones físicas (p.ej., náuseas, mareos) que no hayas mencionado y que sentiste durante los momentos terribles del trauma. Tomar nota de cualquier estímulo interoceptivo, cognitivo (p.ej., “pensé que el muro se iba a caer sobre mí”) y somático (“tuve una sensación de vacío en el estómago indicando que no podía hacer nada más”).

4. Enseñar la escala USA y pedir a la persona evaluar su ansiedad, después de contar su historia.

5. Entrenamiento en relajación. Guiar a la persona por ejercicio de relajación muscular progresiva o de retener y soltar la respiración, prestando especial atención a cualquier malestar o distracción o expresión emocional inesperada. Las intervenciones breves, que puedan ayudar a abordar las distracciones o al aumento de la activación, incluyendo el pedir a la persona que abra los ojos, fije la mirada o se centre en la respiración siguiendo estas instrucciones:

Céntrate en la inspiración, percibe poco a poco cómo entra el aire; puedes controlarlo. Céntrate en la expiración; deja que el aire salga lentamente. Lo que estás haciendo ahora es una forma de cuidarte.

Si la persona está visiblemente perturbada o molesta:

Por favor, hazme saber si prefieres ir más despacio, hacer un descanso o parar por ahora.

6. Evaluar las escalas USA y hacer comentarios para construir la eficacia. Después de la relajación muscular progresiva, pedir a la persona que evalúe de nuevo su ansiedad. Si la ansiedad no muestra ninguna disminución o incluso aumenta, considere detener la intervención. La mayoría de los individuos informarán de una moderada reducción de la activación: hay que elogiarles por este hecho, utilizando un lenguaje que enfatice el aumento del control y del afrontamiento.

Lo que acabas de demostrar es que puedes implicarte en un ejercicio muy específico y reducir el nivel de tensión. Nos apoyaremos en esta habilidad mientras exploremos las partes más dolorosas del trauma que has sufrido.

7. Ensayo de Exposición N°1.

De los dos recuerdos o experiencias más dolorosos del desastre, ¿en cuál preferirías trabajar ahora?, ¿cuál es tu evaluación actual, 1= extremadamente relajado, 10= estresado en extremo? Me gustaría que trataras de imaginar los minutos o los segundos anteriores a la parte más perturbadora de la experiencia que has elegido. ¿Qué ves u oyes? Quiero que observes cómo empieza a aumentar el temor o la ansiedad. ¿De qué más te das cuenta?

Se puede intensificar la narración hecha por la persona con detalles obtenidos anteriormente, teniendo cuidado de no introducir elementos que no han sido descritos previamente.

¿Cuál es la evaluación de tu malestar en estos momentos?

La escala USA debería haber aumentado de forma notable.

Lo estás haciendo muy bien. Recuerda darte permiso para aceptar estos sentimientos conforme van creciendo. Ahora, me gustaría que dejaras que la experiencia se desarrollara poco a poco conforme te acercas cada vez más a la parte más temida de la experiencia.

La ansiedad debería ir, obviamente, aumentando. El profesional puede volver a plantear los elementos que son más provocadores.

¿Qué está sucediendo dentro de tu cuerpo? Lo estás haciendo bien. Ahora darte permiso para ver, sentir u oír la peor parte. ¿Cuál es el aspecto más doloroso? Intenta no detener esos pensamientos. ¿Cuál es tu evaluación, del 1 a 10?

El profesional continúa con la presentación de estos estímulos, repitiéndolos conforme sea necesario durante al menos algunos minutos. Busca un pico de activación que empiece a disminuir. Prueba una última vez con estímulos interoceptivos o ambientales relacionados. La cantidad de tiempo puede variar de manera amplia: la duración de la escena relevante puede ir desde tres o cuatro minutos hasta dieciocho o veinte.

-
8. Escalas USA posteriores a la exposición más retroalimentación. Pide una evaluación de la escala USA después del ensayo. Provoca retroalimentación sobre lo que sucedió. En la mayoría de las respuestas con éxito a la exposición, el sujeto informará espontáneamente de alivio en respuesta a haber aguantado el ejercicio. Algunas personas informarán de algunos recuerdos o detalles adicionales. Pregunta si la persona se dio cuenta de algo nuevo sobre el recuerdo o la experiencia de sus emocionales relativas al trauma del desastre.
-
9. Ensayo de Exposición N°2. Repetir exactamente la misma escena, aumentándola con algunos detalles recogidos durante el primer ensayo de exposición. Busca algún incremento de la ansiedad y deja que la persona “respire en medio” de esos aumentos de la activación. Si es posible, consigue una evaluación con la escala USA en el momento de máxima activación. Si el punto más elevado de la activación es mayor que durante el primer ensayo, debemos plantearnos llevar a cabo un tercer ensayo, si el tiempo lo permite.
-
10. Repetir el paso 7.
-
11. Llevar a cabo un Ensayo de Exposición N°3. Si la persona está dispuesto y si el tiempo lo permite.
-
12. Terminar la sesión con un procedimiento final de relajación. Obtener una retroalimentación final con respecto a la experiencia de exposición y animar cualquier comentario que apoye la capacidad de la persona para liberar sentimientos, el hecho de que se esté sintiendo mejor o de que era doloroso pero tolerable. Cualquier atribución a la técnica o al profesional puede ser reenfocada sin problemas como la disposición de la persona a abordar su dolor y el deseo de recuperar una sensación de equilibrio por medio de la implicación activa en el ejercicio. Recuérdele a la persona prestar atención a los síntomas relativos al estrés agudo a lo largo de los próximos días hasta la siguiente sesión. Describir de nuevo el plan de contacto: *Nos veremos una (dos) sesión(es) mas, empleando el tiempo en abordar estas mismas emociones problemáticas u otras que pienses que necesites abordar.*
-

Figura 41: Exposición terapéutica directa. Fuente: Abueg y Young, (2008, pp.19-22).

f. Técnicas expresivas

Las técnicas expresivas son especialmente útiles para trabajar con niños, niñas y cualquier persona que tenga problemas respondiendo a preguntas o describiendo sentimientos a nivel verbal. Los objetivos de éstas son: la ventilación de sentimientos, la creación de una nueva narrativa sobre eventos amenazantes, recobrar el sentido de control, normalizar reacciones y proveer de apoyo y confianza. Pueden ser utilizadas tanto a nivel individual como grupal (Ehrenreich, 1999).

En esta sección detallamos el trabajo con narrativas de crisis en primer lugar y en segundo lugar otras técnicas expresivas y artísticas.

iv. Trabajo con narrativas de crisis

La base del trabajo con narrativas es la de pauta problema, la cual es una narrativa construida entre terapeuta y paciente que describe la experiencia del paciente como la

repetición de un modo insatisfactorio de relación con sí mismo u otros en el contexto de una cultura. Es la descripción, a través del lenguaje, de una experiencia.

Las narrativas de crisis generalmente implican el desbordamiento de las estrategias hasta el momento útiles y la necesidad de articular estrategias nuevas o alternativas para alcanzar un nuevo equilibrio consigo y su entorno.

En la intervención en crisis lo repetitivo es la experiencia de fracaso de las estrategias de manejo, y en este fracaso resuenan emociones de experiencias anteriores. Búsqueda repetitiva de soluciones en los mismos lugares, las mismas decisiones, las mismas representaciones de la experiencia, los mismos puntos de vista de las relaciones. La solución en sí misma se convierte en el problema.

Los objetivos del trabajo con narrativas son los siguientes (Fernández y Rodríguez, 2002)

- Definir los relatos dominantes en la vida de la persona.
- Señalar relatos consonantes en los que se repita la pauta problema.
- Discutir relatos alternativos que excluyan la pauta problema.
- Ensayar los relatos alternativos.
- Evolucionar las viejas narrativas para construir desde otra posición.

La tarea “no es ofrecer una versión determinada del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarle a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran” (Fernández y Rodríguez, 2002, p. 93). No hay que entrar en detalle de todas las áreas problemáticas de la persona si no estamos seguros de si seremos nosotros quienes continuemos el trabajo o no o siquiera si se va a continuar.

Con fines didácticos Fernández y Rodríguez (2002) han diferenciado cuatro posiciones desde las cuales se pueden construir las pautas, que a la hora de su aplicación en la realidad se entremezclan, solapan y entrecruzan. Éstas son:

- Construcción de la pauta desde la historia biográfica personal: proporcionar a la persona una experiencia emocional sobre la que se construya una nueva narrativa que resignifique las experiencias pasadas y los nuevos retos que debe enfrentar el sujeto.
- Construcción de la pauta desde el pensamiento: se puede ayudar del uso de los conceptos en instrumentos que faciliten la colaboración en el diseño y ejecución de experimentos que permitan desafiar las creencias que se suponen en relación con los problemas (pensamientos automáticos, errores en el procesamiento de la información, registros, creencias irracionales, discusión, entre otros). Puede acompañarse de las autoinstrucciones y la inoculación del estrés.
- Construcción de la pauta desde la conducta: puede ayudarse de los instrumentos técnicos como la exposición, el modelamiento, encadenamiento y el entrenamiento en habilidades sociales, son técnicas muy bien estructuradas.
- Construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias con los otros significativos: utilización de preguntas, circularidad, historia familiar, construcción de

metáforas y prescripción de rituales que puedan desafiar el funcionamiento del sistema que mantiene el problema a resolver.

Así mismo, con fines didácticos, se dividen las narrativas en siete tipos: tristeza, autodestrucción, rabia, vergüenza y humillación, miedo y reacciones desde la posición de víctima. Aunque en la realidad se entremezclan y sobreponen, los detalles para trabajar cada una de estas narrativas se detallan en el anexo 15.

v. Otras técnicas expresivas

La persona que aplique estas técnicas debe ocupar un rol activo y dirigir el juego, dibujo o actividad, deberá también ser sensible a la etapa del desastre y las necesidades de la persona, no debe forzarse la participación pero sí motivarse. La utilización de las técnicas expresivas está dirigida a la expresión de sentimientos para reducir la ansiedad, proveer oportunidades para informar a los niños y las niñas u otras poblaciones de lo que sucede, se pueden generar historias sobre las experiencias en las que puedan eventualmente crear un final o resultado diferente y en el cual ellos estén más empoderados (Ehrenreich, 1999).

Algunas técnicas expresivas son:

- Técnicas de arte: dibujo libre, pintura libre, moldear con arcilla o plasticina libre. Dibujar una persona o a su familia. Dibujos, mapas, esculturas sobre la escena del desastre.
- Juego con muñecas: muñecas, animales, soldaditos, camiones.
- Juego con títeres: libre interacción de los títeres o re-actuaciones de experiencias, representación de papeles.
- Contar historias: el niño cuenta la historia y el adulto la recuenta con un final/solución/atribución “más sano”, hacer libros de historias y poemas, representación de papeles, recontar historias buscando giros y soluciones diferentes.
- Escritura: diarios, poemas, historias.
- Espacios lúdicos: fútbol, juegos tradicionales, fiestas.



3. Estrategias de abordaje según poblaciones

En situaciones de desastre no todos tienen o desarrollan problemas psicológicos de gravedad. Un gran número de personas pueden hacer frente a la crisis con sus propios recursos y capacidades, y según una serie de factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que inciden en el resultado de la crisis.

Hay determinados grupos de personas que están en mayor riesgo de experimentar problemas, y la planificación de los servicios de apoyo debe tener en cuenta estas diferencias y ante ellas establecer una serie de medidas que aseguren un apoyo adecuado a las necesidades de quienes presentan un riesgo más alto (IASC, 2007).

En el siguiente apartado se presentan algunas particularidades de estas poblaciones vulnerables y estrategias de intervención para asegurar una adecuada atención e integración a las labores de recuperación comunitaria.

a) Niñez y adolescencia

a. Niñez

Los niños experimentan una serie de reacciones y de sentimientos en respuesta a un desastre y necesitan atención especial para satisfacer sus necesidades. Frecuentemente imitan la conducta de sus padres/madres y cuando éstos(as) han lidiado bien con la situación, hay una gran probabilidad de que los(as) niños(as) hagan lo mismo (Pataki, Stone y LeViness, 2001).

Dentro de las familias las personas menores de edad pueden encontrar el apoyo que necesitan para superar las experiencias traumáticas vividas a raíz de un desastre. Si los padres/madres de familia no tienen presente esta situación puede llevarles a controlar, restringir o limitar a sus hijos(as), reduciendo su autonomía, desarrollo e independencia, lo que puede aumentar los niveles de ansiedad en ellos(as). Se les debe brindar información sobre lo que está sucediendo e involucrarlos de alguna manera en las labores de la comunidad.

A continuación se enumeran una serie de reacciones comunes que se presentan en la población infantil (Rodríguez (Ed), 2006):

- Cambios en el comportamiento, pasividad, irritabilidad, inquietud, agresividad.
- Apego exagerado a los padres/madres (no toleran separarse).
- Se despiertan frecuentemente o tienen dificultades para conciliar el sueño (alteraciones del sueño).
- Conductas regresivas: se orinan en la cama, se chupan el dedo.
- Pérdida o aumento del apetito.
- Confusión (se ven perplejos) y con desorientación (no reconocen fecha, lugar, etc.).
- Gritos y llanto frecuentes.
- Problemas del lenguaje.

- Temor exagerado por cualquier estímulo, especialmente los que recuerdan el suceso.
- Dificultad para permanecer quietos(as).
- Dificultad para centrar la atención.
- Dolores de cabeza y otras quejas somáticas.
- Juegan repetidamente al suceso traumático.

Es importante comunicarles a los padres y madres sobre estas reacciones para que esto les permita apoyar a los chicos y las chicas validando sus sentimientos, identificando signos de riesgo y respondiendo apropiadamente a las necesidades de sus hijos(as) (Ehrenreich, 1999). Se recomienda también brindar información clara y concisa a los niños y niñas para evitar la confusión así como ideas erróneas en las que se culpabilicen de lo que pasó.

Los(as) niños(as) más pequeños(as) (menos de 5 años) no tienen la capacidad para utilizar el lenguaje verbal para expresar sus sentimientos y trabajar sus reacciones, por ello puede ser útil emplear acercamientos de tipo expresivo, pintar, dibujar, modelar, representar papeles (actuaciones), jugar con títeres, máscaras, cuentos o relatos de sus fantasías, música, danza y el canto, entre otros.

Algunas otras recomendaciones específicas para el trabajo con niños y niñas son (Ehrenreich, 1999; IASC, 2007; Rodríguez (Ed), 2006):

- Contacto físico, provea además seguridad y confianza.
- Muestre atención e interés, disponga de tiempo y paciencia.
- No presionarle a que hable.
- Háblele sobre lo ocurrido de acuerdo a su capacidad de comprensión con mensajes claros y según su edad y contexto.
- Restablezca la cotidianidad a la mayor brevedad posible en cuanto a rutinas diarias y el regreso a la escuela.
- Se recomienda evitar la separación de sus padres o cuidadores.
- Utilizar juegos conocidos, canciones y danzas, así como juguetes de confección casera.
- Compartir con los progenitores y con quienes cuidan a los niños sobre cómo detectar problemas y apoyar la salud psicosocial de los y las niñas.
- Indicar las respuestas pedagógicas no recomendables al estrés infantil y sugerir la aplicación de estrategias alternativas.

Para ampliar la información con respecto a estrategias de intervención con niños y niñas consultar la guía de intervención psicoafectiva para niños y niñas después de un desastre realizada por Mc Quiddy (2006).

b. Adolescencia

Para los(as) adolescentes el apoyo de su red social, familiares y amistades, es de vital importancia en su recuperación emocional. La validación de sus sentimientos y reacciones permite evitar que desarrollen conductas que les lleve a situaciones de riesgo (G. Brenes, comunicación personal, 13 de diciembre, 2012).

Se puede aprovechar la tendencia grupal propia de su edad (grupo de clase, amigos(as) de barrio, grupos deportivos), para identificar líderes e incorporarles a las dinámicas y labores comunitarias de reconstrucción (como mediante el proyecto de Retorno a la Alegría de la UNICEF); y atender sus necesidades les permite enfocar sus energías para la protección de sus seres queridos y su comunidad, tanto en redes de cuidado como en los planes de emergencia y en la detección de posibles riesgos para todos (Save the Children, 2007).

A continuación se enumeran una serie de reacciones comunes que se presentan en esta población (Rodríguez (Ed), 2006):

- Confusión y desorientación.
- Rechazo a hablar y aislamiento.
- Parecen ausentes o distraídos(as).
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de sueño.
- Dolores de cabeza y cuerpo.
- Pérdida del interés por las actividades comunes y escolares.
- Rebelión contra la familia o la autoridad en general.
- Problemas de comportamiento.



b) Adulthood

a. Women

Se debe tomar en cuenta que las mujeres tienen ciertos encargos sociales sobre todo en cuanto al cuidado, es importante generar espacios para ellas en los cuales se les brinde una verdadera escucha (M. Aguilar, comunicación personal, 13 diciembre 2012). Generalmente, las mujeres tienden a presentar reacciones emocionales más intensas, o al menos las expresan más abiertamente (por los diversos consensos sociales alrededor del género). Pero al mismo tiempo esta expresividad les permite trabajar muy bien en grupo y desahogarse un poco más fácilmente (G. Mora, comunicación personal, 19 de diciembre, 2012). Se trabaja mejor al incorporarse y colaborar con las labores que estén realizando las mujeres y, al mismo tiempo, proponiendo preguntas generadoras que permitan la expresión emocional.

Consulte con las mujeres para determinar posibles obstáculos a su participación (p.ej., si tienen necesidad de servicios de guardería durante las reuniones; horario y lugar de las reuniones; problemas de tiempo y movilidad, así como sus roles y responsabilidades, etc.) y facilitar las condiciones para que puedan asistir a reuniones, grupos, entre otros (IASC, 2008b).

b. Hombres

Los hombres no son particularmente buenos para solicitar ayuda, y quizá ellos sean más desprevenidos de sus propias necesidades emocionales. Un factor que suele afectarles mucho es la pérdida laboral, que les afecta en su identidad y autoestima, dado que dentro de la construcción de la masculinidad se les asigna el rol de proveedores y protectores de sus familias, situación que se torna sumamente amenazante al evidenciar la vulnerabilidad del ser humano ante un fenómeno natural y que ellos como protectores de su familia no poseían las herramientas para protegerles (Güida, 2010).

Aquellos hombres que cuentan con una red confiable de intimidad -esposa, amistades íntimas, etc.- logran manejar mejor los niveles elevados de estrés. Generalmente, logran elaborar de mejor manera a través de la actividad y de los rituales, y para poder trabajar con ellos lo mejor es involucrarse en sus actividades y seguir sus dinámicas (G. Mora, comunicación personal, 19 de diciembre 2012) y a través de ellas ir promoviendo la ventilación de emociones. Otra forma de trabajar con los hombres es mediante la realización de rituales o actos simbólicos que les permitan elaborar lo sucedido.

Según Weiss, Zara y Parkinson (2013) se debe trabajar con los hombres sobre las creencias y conductas irracionales evidenciando que éstas ponen en peligro su propia seguridad, como cuando trabajan de forma continua y extenuante en situaciones de rescate y en la reconstrucción de la comunidad. Se les debe recordar que para poder realizar eficientemente estas actividades primero deben de descansar lo suficiente, alimentarse de forma adecuada, utilizar equipos de protección y herramientas en buen estado, evitar el trabajo en zonas de alto riesgo y seguir los lineamientos de trabajo establecidos por los equipos de primera respuesta y rescate (bomberos, cruz roja, fuerza pública) para así resguardar su seguridad. Unido a esto es importante que puedan trabajar las emociones generadas por el desastre, facilitando la expresión de sentimientos para aumentar la capacidad de recuperación, promoviendo nuevas estrategias de afrontamiento y reducción del riesgo. Es muy importante involucrar a los hombres dentro de las actividades para que sean agentes de cambio en lugar de barreras u obstáculos. Para lograr efectos a largo plazo se deben identificar líderes positivos dentro de la comunidad que impulsen al cambio, y utilizar la experiencia de los hombres para diseñar con ellos las actividades y programas que trabajen el tema de género (Mishra, 2009).

c) Adulthood mayor

Los adultos mayores son un grupo que, en general, suele tener dificultades para enfrentar los desastres y sus consecuencias, por sus condiciones físicas y de salud (condiciones médicas crónicas). Se les debe prestar mayor atención, en cuanto a mantener la regularidad de las citas médicas, vigilar el consumo de las medicaciones prescritas, facilitarles el ponerse a salvo y mostrarles rutas de salida que se adecúen a sus necesidades (Rodríguez (Ed), 2006). Un aspecto importante a tomar en cuenta es que las personas mayores sufren diversas pérdidas múltiples con el paso del tiempo, familiares, amistades, vecinos(as), que forman parte de su sistema de apoyo. Se debe estar pendiente de los signos de depresión ya que las pérdidas

sufridas en el desastre pueden sumarse a las anteriores y el contar con una red de apoyo restringido puede dificultar tanto la identificación de las señales de riesgo como su atención (OPS, 2007). Entre las reacciones comunes posteriores al desastre se encuentran (OPS, 2010):

- Más recuerdos del pasado y los(as) amigos(as) o de otras épocas.
- Puede entrar y salir de un estado de desorientación debido a la interrupción de la rutina.
- Puede incrementar su dependencia a los amigos actuales o familiares.
- Sensación de un futuro abreviado y de buscar seguridad, por lo que tienden a recordar el pasado.
- Dificultades para reconocer los peligros.
- Rechazo a la asistencia proveniente de las autoridades.
- Miedo a morir.
- Negación, miedo, ira y frustración.

Algunas recomendaciones para la recuperación de las personas de la tercera edad son (OPS, 2010):

- Promover la reconstrucción de las redes de apoyo y relaciones familiares, ellos(as) necesitan cercanía afectiva y física. De igual forma, ellos(as) tienen la capacidad de decidir cuales personas forman parte de sus redes de apoyo.
- Si una persona mayor se olvida de un nombre, lugar o parte de un suceso, evite presionar a la persona para que recuerde, la presión inhibe la memoria.
- Conversar sobre los efectos del desastre y validar las inquietudes.
- Comprender las lagunas en la información que brinda. Por el proceso de envejecimiento, algunas las personas mayores van y vienen entre el pasado y el presente. En la conversación se pueden confundir eventos o relaciones pasadas en función de realidades presentes.
- Hacer hincapié en apoyar la confianza y la dignidad de la persona mayor, en todas las actividades posteriores al desastre que se necesiten para devolverla a su hogar.
- Hacerle saber al/a adulto(a) mayor que la falta de concentración, la pérdida de la memoria, las dolencias físicas, la tristeza profunda son reacciones normales después de ocurrido un desastre.
- Procurar el restablecimiento, lo antes posible, de sus rutinas diarias, ya que esto les da una sensación de seguridad y estabilidad.
- Si se posee la información brindar descripciones a corto plazo de lo que les sucederá después del desastre: quién le ayudará; dónde permanecerá (albergue, su propia casa o de alguien más); dónde conseguirá ropa y qué pertenencias puede rescatar, esto reduce sus niveles de ansiedad.
- Facilitar el acceso a los servicios de asistencia y a las actividades de reconstrucción y recuperación de la comunidad.
- Generar oportunidades en las que se sientan útiles y valorados(as), que puedan participar en las actividades de la comunidad aportando sus destrezas, experiencia y perspectiva histórica.

Figura 42: Recomendaciones para la recuperación de la tercera edad. Fuente: Elaboración propia a partir de OPS, 2010.

d) Migrantes

La atención para la protección de la salud mental requiere ser culturalmente sensible, para que las personas sientan la confianza de solicitarla. Muchos miembros de grupos migrantes no piden ayuda, en parte por las diferencias culturales y las percepciones negativas sobre ello, o puede ser que no tienen acceso a la atención o información. Según explica Mora temen que toda información que brinden pueda ser utilizada en su contra (G. Mora, comunicación personal, 19 de diciembre 2012).

La atención que tiene éxito con estas poblaciones se caracteriza por contar con la participación de la familia y la comunidad en el tratamiento, y promover la autosuficiencia de las personas afectadas. Se ha visto que es mejor trabajar de manera separada las diferentes nacionalidades en el trabajo grupal, ya que el trabajo conjunto lejos de ayudar puede ahondar las diferencias y generar conflictos o revictimización (G. Mora, comunicación personal, 19 de diciembre 2012).

Como estrategia se puede convocar algunas organizaciones o asociaciones afines a la temática de la migración que puedan acompañar y asesorar en las intervenciones con esta población.

e) Personas en condición de discapacidad

Es importante identificar y localizar a las personas con alguna condición de discapacidad física o mental para así velar por sus derechos de ayuda y asegurarse de que sus necesidades sean incluidas en la reconstrucción y rehabilitación. Que la vivienda, edificios públicos y las instalaciones comunitarias sean accesibles (Brookings-Bern Project on Internal Displacement, 2008).

La intervención con personas con situaciones especiales requiere de mucha comunicación, de demostrar la disposición a ayudar y de adaptarse a las diversas limitaciones que podamos encontrar en el medio. Se deben comprender muy bien las necesidades particulares de cada persona y de ninguna manera ser invasivos. Rodríguez (Ed.) (2006) propone una serie de consideraciones específicas según el tipo de condición de discapacidad que presente cada persona:

- *Discapacidades motrices:* Es importante preguntarle a la persona en qué y cómo ayudar, adaptarnos a su velocidad, sus movimientos y buscando una postura que sea cómoda para ambos. Se debe facilitar el acceso a los dispositivos que utilice para desplazarse. La comunicación debe ser clara, no le hable despacio o como si fuera un(a) niño(a), siempre procure informarle adónde le está llevando y porqué.
- *Discapacidad sensorial:* Situése frente a la persona de manera que ésta le pueda ver la cara, hable despacio y repita todas las veces que haga falta, utilice el lenguaje no verbal y module su voz según las necesidades de la persona.
- *Discapacidad visual:* No grite, pregunte en qué y cómo ayudar, ofrezca su brazo y camine lentamente y anticipando obstáculos. Si va a sentarse coloque la mano de la

persona sobre el asiento. Evite la utilización de conceptos espaciales (aquí, allí) y prefiera direcciones como derecha e izquierda.

f) Equipos de primera respuesta

Los equipos de primera respuesta son:

aquellos que integran una determinada organización y prestan sus servicios en los momentos iniciales en situaciones de emergencias o desastres en diferentes funciones en primera línea, como ayuda humanitaria y servicios de salud, y otras labores de campo como el combate de incendios, el rescate de personas, la atención de heridos, etc. (Rodríguez (Ed.), 2006, p. 137)

Estas personas, según el IASC (2007), suelen estar muchas horas bajo presión y en ocasiones con su seguridad amenazada. Además, en contacto con la miseria, horror y peligros a los que están sometidas otras personas lo cual es emocionalmente desgastante y puede afectar la salud mental y el desempeño de los trabajadores en las labores de asistencia. Es importante recordar también que algunas personas de la comunidad se insertan en este tipo de labores lo que puede generar reacciones similares a las de los equipos de primera respuesta.

El trabajo en situaciones de desastres incluye el tener que enfrentar una serie de variables estresantes tales como (Rodríguez (Ed.), 2006):

-
- Largas horas de esfuerzo continuado.
 - Lucha contra el tiempo por salvar vidas trabajo en ambientes adversos (estructuras colapsadas, derrames químicos).
 - Trabajo en condiciones climáticas adversas (lluvias persistentes, réplicas de sismos).
 - Cantidad de trabajo pesado que realizar (remoción de escombros).
 - Presión por tener que trabajar bajo la presencia de periodistas.
 - Equipo inadecuado o insuficiente.
 - Alteración en el ritmo diario del cuerpo (dormir y comer).
 - Labores de triaje (procedimientos de clasificación de los heridos, lesionados y afectados según el nivel de afectación o gravedad).
 - Servicios públicos esenciales destruidos.
 - Presión por parte del público por encontrar a sus familiares desaparecidos(as).
 - Información confusa o antagónica.
 - Rumores y desinformación.
-

Figura 43: Variables estresantes del trabajo en situaciones de desastre. Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez (Ed.), 2006.

La situación puede generar una serie de reacciones como estrategias para hacer frente al estrés. Frecuentemente se desarrolla una cultura de distanciamiento defensivo que implica la utilización del humor negro, insensibilidad superficial y una creencia de que hacer bien el trabajo es más importante que expresar los propios sentimientos (Ehreinreich, 1999). Todo esto puede llevar a la extenuación personal en la cual la persona se vuelve menos eficiente, siente fatiga crónica, se siente acosada por demandas injustas o exageradas y se encuentra irritable e hipercrítica.

Algunas otras reacciones pueden ser:

Cognoscitivos

Confusión mental, lentitud del pensamiento, incapacidad para emitir juicios y tomar decisiones, pérdida de la capacidad para conceptualizar opciones o dar un orden de prelación a las tareas, pérdida de la objetividad al evaluar el funcionamiento propio, etc.

Psicológicos

Depresión, irritabilidad, ansiedad, agitación, reacciones de cólera excesiva, etc.

Somáticos

Agotamiento físico, pérdida de energía, dificultades digestivas, trastornos de la alimentación, hipocondría, trastornos del sueño, temblores, etc.

Conductuales

Hiperactividad, fatiga excesiva, incapacidad de expresarse verbalmente o por escrito, etc.

Estas reacciones pueden fluctuar de la adaptación al crecimiento apropiado a las secuelas patológicas, y a crónicas que impiden al individuo seguir funcionando; interactúan variables múltiples en una línea vital dada de un trabajador, para producir resultados tan ampliamente divergentes. Un concepto importante que abarca muchos elementos de este estrés ocupacional es el llamado "agotamiento" y se define como el desgaste mental y emocional, con síntomas fisiológicos: deficiencias de sueño, trastornos del apetito, aumento de la irritabilidad.

Figura 44: Reacciones comunes de los equipos de primera respuesta ante el estrés. Fuente: elaboración propia a partir de Rodríguez (Ed.), 2006.

Se pueden realizar una serie de acciones antes, durante y después de la atención del desastre para amortiguar el agotamiento:

- Capacitación y experiencia en la atención de situaciones de desastre, que se tenga un panorama claro sobre qué esperar o qué van a enfrentar.
- Detección de reacciones agudas o crónicas entre voluntarios(as).
- Proporcionar un lugar de expresión de las preocupaciones en una atmósfera de apoyo.
- Velar porque las personas tengan claras sus funciones, objetivos y actividades.
- Velar por que se establezcan líneas claras de comunicación.
- Facilitar condiciones apropiadas de reposo y recuperación, que hayan suministros de alimentación e higiene y definir un horario apropiado de trabajo (dentro de lo posible que sea equitativo organizando turnos rotatorios).
- Reconocer que el estrés es una reacción natural del ser humano cuando se enfrente a situaciones de vivencia excesiva de sufrimiento, muertes traumáticas y situaciones amenazantes, que no es señal de debilidad ni vulnerabilidad.
- Organizar reuniones y sesiones informativas periódicas.
- Concientizar sobre los límites de la capacidad personal y del equipo y su relación con fantasías de omnipotencia o heroísmo.
- Modificar los mecanismos de adaptación adversos o negativos por unos más adaptativos y constructivos.

- Velar por una adecuada supervisión y acompañamiento.
- Fomentar el trabajo en equipo y abordar directamente los conflictos.
- Capacitar sobre gestión del estrés y provisión de primeros auxilios psicológicos básicos.
- Enseñar a reconocer las reacciones psicológicas que requiere una acción correctiva inmediata.
- Procurar que se pueda recurrir a servicios especializados cuando sea necesario.
- Establecer actividades periódicas de prevención del estrés y autocuidado.
- Proveer información a las familias y voluntarios(as) sobre qué esperar cuando el/la trabajador(a) regrese a casa.
- Realizar actividades en la red social y familiar: buscar compañía y hablar con otras personas, participar en actividades familiares y sociales, observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos, reflexionar sobre la experiencia vivida, escribir relatos de los acontecimientos.
- Procurar un estilo de vida saludable: realizar ejercicios físicos y de relajación, buscar contacto con la naturaleza, descansar y dormir lo suficiente, alimentarse de forma balanceada y regular, no tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol u otras drogas.

Figura 45: Intervenciones y recomendaciones para equipos de primera respuesta. Fuente: elaboración propia a partir de OPS, 2010; IASC, 2007; Rodríguez (Ed.), 2006 y Ehreinrich, 1999.

g) Docentes y Centros Educativos

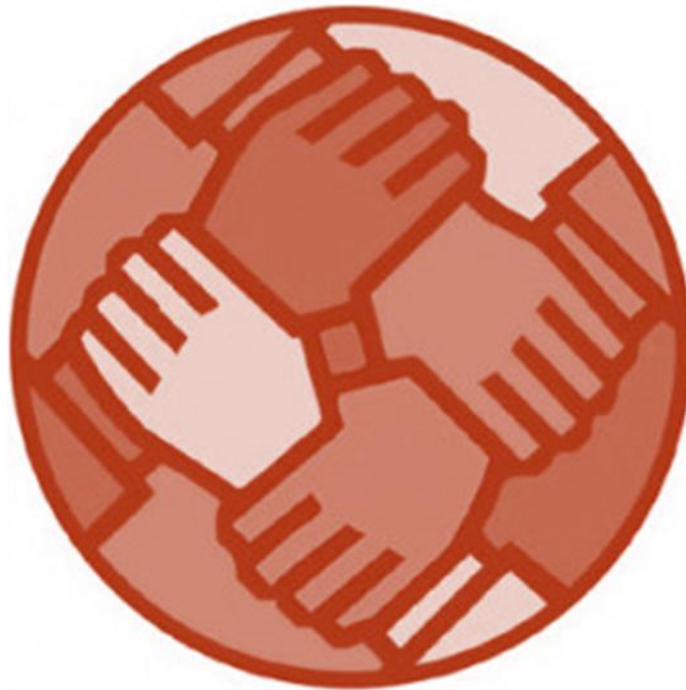
Los y las docentes son el contacto primario con el estudiantado (Pataki, Jones y LeViness, 2001) ellos les pedirán información y les observarán como modelo de conducta y como alguien de confianza en quien buscar apoyo. Algunas de las responsabilidades de los y las docentes son:

- Durante el primer período de clase cada maestro(a) debe anunciar lo sucedido, brindar los datos pertinentes de una manera sosegada, sin sensacionalismo, describir el horario de las actividades del día.
- Ofrecer las personas a quienes recurrir y los lugares en la escuela donde se puede obtener ayuda.
- Reducir rumores y chismes, proveer una base correcta para la discusión y el duelo de la muerte y asegurar a los estudiantes que hay ayuda disponible si se necesita
- Permitir y facilitar la discusión que motive a los y las estudiantes a compartir sus reacciones, pensamientos y emociones sobre la muerte.
- Ajustar los objetivos escolares y modificar el calendario escolar según sea necesario para propiciar las actividades de los puntos anteriores.
- Utilizar actividades lúdicas o expresivas que motiven a la participación.
- Referir a los y las estudiantes que pueden necesitar servicios especializados.

Figura 46: Responsabilidades de los docentes. Fuente: Pataki, Jones y LeViness , 2001.

La Brigada en estas situaciones proporciona apoyo y acompañamiento de los y las docentes en las diversas labores que les corresponden. Así mismo se les puede capacitar sobre las reacciones esperables en los niños y niñas, y estrategias para abordar estas reacciones en los primeros días de clase luego del desastre: darles herramientas para manejar y dar contención a los y las estudiantes (M. Aguilar, comunicación personal, 13 diciembre 2012).

Por el mismo papel o rol que cumplen en la comunidad, no solo ante los y las estudiantes sino ante los padres y madres de familia les asignan muchísimas actividades y responsabilidades sin tener espacios para ellos mismos. Suelen acumular mucha frustración para lo cual puede ser muy útil generar sesiones de descarga y espacios de escucha y acompañamiento. Se les puede ofrecer no sólo ayuda individual sino también la oportunidad de reunirse como un grupo para ventilar algunos de los asuntos relacionados a la pérdida (G. Mora, comunicación personal, 19 diciembre 2012) así como proporcionar información sobre recursos de apoyo a los que pueden acceder según su nivel de afectación.



Capítulo V. Procedimientos organizativos de la Brigada

La Brigada como proyecto y como organización que forma parte de la Universidad de Costa Rica cuenta con una serie de lineamientos que regulan las intervenciones, así como una serie de recomendaciones prácticas que han surgido a través de las lecciones aprendidas y experiencias de trabajo.

En este capítulo se presentan brevemente las acciones de preparación que incluyen: las capacitaciones, orientaciones para el trabajo de campo, cómo elaborar y presentar bitácoras e informes de trabajo y por último una serie de conceptos y recomendaciones sobre el autocuidado y la importancia de la supervisión.

1. Preparación

El proceso previo a la atención de desastres implica un proceso de formación, capacitación y preparación para las realidades con las que se va a encontrar el/la brigadista, así como el conocimiento de una serie de aspectos pragmáticos que facilitan el trabajo en equipo, la convivencia y la realización de un trabajo oportuno, eficaz y ético.

a) Capacitaciones

Una sección importante del equipo de la Brigada son sus brigadistas voluntarios(as), quienes deben pasar por un proceso de capacitación que les permita estar debidamente preparados para lidiar con situaciones de riesgo y de alto impacto emocional. Si bien la formación en psicología y sus aptitudes de apoyo y colaboración son fundamentales para trabajar en desastres, se requiere de un proceso de entrenamiento en conocimientos y habilidades específicos, lo que les permite protegerse y brindar una atención especializada, de calidad y ética (Baloian *et al.*, 2007).

Se requiere de un compromiso con la labor a realizar, el manejo de la información privada, el trato ético a las personas afectadas, el apoyo a las acciones de rehabilitación y, sobre todo de forma inicial, con la participación en las diversas capacitaciones, talleres o seminarios relacionados con su formación como brigadistas, la cual les permitirá actualizarse y adecuar la intervención a las necesidades y el contexto específicos (Baloian *et al.*, 2007). Como mínimo se debe participar en una capacitación antes de la primera intervención pero es importante contar con actualizaciones constantes y procurar la búsqueda de materiales que enriquezcan la labor.

A continuación se detallan orientaciones prácticas para el trabajo de campo que se deben tener en cuenta a la hora de realizar cualquier intervención.

b) Orientaciones para el trabajo de campo

Las intervenciones psicosociales en emergencias y desastres deben siempre orientarse a partir de los lineamientos de atención de organismos internacionales, lo cual incluye realizar una intervención ordenada, eficaz y coordinada (IASC, 2007) por tanto algunas de las recomendaciones para lograr este objetivo son:

- Estar atentos(as) y respetar los lineamientos establecidos por la coordinación de la Brigada, es posible que estos cambien por lo que se debe estar pendiente.
- El trabajo se realiza en equipo, todos(as) participan.
- En la intervención en comunidad se deberá trabajar como mínimo en parejas. Se debe establecer comunicación directa con la coordinación del equipo que debe estar al tanto de las labores que realizan las parejas o equipos de trabajo y en dónde se encuentran. De igual forma al finalizar labores se establece un punto y una hora determinada de encuentro que se deben respetar, en caso de no poder recurrir al punto coordinado debe buscarse la forma de comunicarlo. Las parejas de trabajo deben acompañarse en todo momento posible, cubriendo las tareas asignadas de forma pronta y efectiva.
- Dentro de los grupos de trabajo algunas de las labores comunes pueden consistir en la realización de inventarios de materiales, preparación de mochilas, preparación de materiales de trabajo, y algunas otras labores que no implican el trabajo directo con los(as) afectados(as).
- En el campo se debe establecer un Plan de Evacuación que incluya: a) Centros de Salud (nombre, distancia en kilómetros y tiempo que se tarda en llegar), b) personas encargadas en la brigada a las cuales acudir en caso de emergencia, y c) a quién contactar en caso de emergencia (familiares).
- El mantenimiento y cuidado de los espacios de trabajo es una responsabilidad de todos los miembros de la Brigada.
- Mantener un buen ambiente de trabajo, con un flujo de comunicación constante y de manera asertiva.
- Respetar los espacios grupales e individuales, aceptando las diferencias y apoyando incondicionalmente al resto del equipo.
- Es indispensable referirse a las personas por su nombre, sin importar qué edad tengan, el hecho de llamarlas por su nombre les da identificación y reconocimiento, y les muestra a los oyentes que la persona con quien hablan tiene interés en conocer sobre su situación.



- Todos los recursos con los que se cuenta en la brigada son de manejo común y se les debe dar el mejor uso y máximo aprovechamiento: lapiceros, carpetas, libretas, materiales de las mochilas, juguetes, entre otros.
- Es responsabilidad de cada brigadista tener una carpeta con lapicero, libreta, boletas de referencia (anexo 12) y/o informes o protocolos (anexos 16 y 17) y los documentos necesarios para realizar su trabajo.
- Es importante tener al alcance siempre los números de todos los miembros del equipo así como de otras instancias con las que se esté coordinando las labores.
- La sistematización de las experiencias es una parte fundamental para la evaluación de los alcances de la intervención y para la coordinación de las referencias a otras instancias. Es vital realizar informes de labores y llenar los protocolos de atención.
- Como responsabilidad fundamental está el autocuidado para la protección personal y para el buen funcionamiento del equipo y para la calidad del trabajo que se realice tanto en la base de operaciones como en el campo.

.....
 Figura 47: Lineamientos de atención para el trabajo de campo. Fuente: Elaboración propia a partir de IASC, 2007.

En la figura anterior se destaca la importancia de la elaboración de bitácoras e informes de trabajo que faciliten tanto la evaluación como la intervención y que sean parte del proceso de sistematización de las experiencias de la Brigada. A continuación se detallan los componentes de los mismos.

2. Bitácoras e informes de trabajo

La elaboración de los informes tiene una alta relevancia para el trabajo que se hace con la comunidad ya que permite identificar a las personas que necesitan de atención especializada, destaca las fortalezas personales y comunitarias y ayuda a mantener un control sobre las intervenciones realizadas. Facilitan además los procesos de seguimiento de los casos atendidos y también permiten proporcionar información relevante para la evaluación a nivel comunitario e individual.

Las intervenciones comunitarias, grupales e individuales deben ser documentadas en los protocolos de informe que se encuentran en los anexos 16 y 17. Así mismo se pueden extraer elementos importantes de las herramientas de evaluación de los anexos 2 y 3.

Algunos de los aspectos esenciales que un informe debe contener son:

- Evento que se está atendiendo, fecha y hora.
- Duración de la intervención y lugar.
- Actividad realizada y personas presentes.
- Alcances de la intervención.
- Seguimiento (acciones que puede realizar la Brigada).
- Referencias (acciones que se le delegan a otras instituciones u organizaciones cuando requieren una atención especializada).

- En caso de identificar un(a) líder comunitario(a), incorpore al informe los datos (nombre, número telefónico).
- Datos de la(s) persona(s) atendida (si es atención individual o visita a la casa):
 - identificación (nombre).
 - descripción de las reacciones ante el evento.
 - factores de riesgo y protectores.
 - sistemas de apoyo.
 - otras situaciones que le afecten.
 - estado de salud física y mental antes del desastre.
 - consecuencias del desastre.

Por último, y como un elemento esencial de la organización de la Brigada, se dedica a continuación un apartado al autocuidado de los(as) brigadistas.

3. Autocuidado

Los voluntarios y las voluntarias de la Brigada se exponen a situaciones similares a las de los equipos de primera respuesta, por lo que esta sección es un complemento del apartado dedicado a éstos en el cuarto capítulo sobre estrategias de intervención para equipos de primera respuesta.

Es de relevante importancia el autocuidado para mantener al equipo de brigadistas libres de consecuencias psicológicas a raíz del trabajo que se realiza en desastres, dado que el trabajo que realizan puede dejar huellas persistentes en el recuerdo, más cuando los olores propios de estas escenas y las imágenes de dolor, la visión de destrucción y cadáveres son sumamente fuertes. Siempre es importante que el brigadista sienta que cuenta con el apoyo del equipo, lo que le brindará confianza y le permitirá reducir los efectos negativos del estrés (Valero, 2001, 2002).

Asimismo las condiciones laborales en las que se realizan las intervenciones pueden resultar desgastantes por la cantidad de horas y dedicación a la labor, el traslado a la zona afectada, encontrarse en un lugar de riesgo lo que lleva a estar en alerta permanente ante cualquier eventualidad, condiciones de trabajo poco amigables y demás circunstancias que generan, además de la tarea, un impacto en los y las brigadistas.

Algunos factores pueden favorecer la aparición de problemas psicosociales, estos pueden ser de índole individual, interpersonal, comunitaria o propia del desastre, y se ven afectados también por los estímulos traumáticos y problemas de organización (OPS, 2010; Rodríguez (Ed.), 2006) que podemos ver en detalle en la siguiente figura:

<p style="text-align: center;">Factores individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas. • Problemas o situaciones previas que provocaron estrés. • La edad: los(as) más jóvenes están más propensos(as) a sufrir problemas emocionales que los mayores. • Pérdidas personales o lesiones. • El personal de respuesta puede resultar lesionado. 	<p style="text-align: center;">Factores interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las responsabilidades laborales pueden generar situaciones de conflicto con la familia. • El tiempo prolongado de separación puede generar sentimientos de nostalgia y de abandono • Muchas formas propias de cada personalidad (humor negro, conducta desconfianza, tardanza, mal humor) pueden causar conflictos cuando el grupo está bajo presión prolongada.
<p style="text-align: center;">Factores comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medios de comunicación social y los curiosos en la escena de la emergencia pueden contribuir a aumentar la presión emocional sobre los equipos de respuesta. • La presencia de grupos armados hace que incremente el riesgo y la tensión en las labores humanitarias, en especial, si hay antecedentes de violaciones de los derechos humanos. 	<p style="text-align: center;">Factores propios del desastre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los desastres tecnológicos producen más estrés para las personas afectadas y los equipos de respuesta. • La duración y el momento del desastre. Los desastres de noche pueden producir más afectados(as), fallecidos(as) y problemas emocionales. • La presencia de amenazas permanentes y el cambio del aspecto físico de la comunidad repentinamente. • El grado de incertidumbre y la presencia de réplicas, la inestabilidad de estructuras.
<p style="text-align: center;">Estímulos traumáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar en contacto directo durante un tiempo prolongado con personas que mueren mientras son rescatados. • Encontrar niños(as) muertos(as) o con graves heridas. Se tiende a la identificación, especialmente si tienen hijos(as) en edades similares. • La presencia de gran cantidad de cadáveres, en especial, si están mutilados 	<p style="text-align: center;">Problemas de organización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un lugar dónde descansar. • Falla en la misión o confusión en las órdenes. • Presión ocupacional. • Trabajo que requiere de un gran esfuerzo físico y mental por un tiempo prolongado. • Interferencia en las funciones. • Baja recompensa. • Conflicto en las funciones.

Figura 48: Factores que favorecen la aparición de problemas psicosociales en equipos de respuesta. Fuente: OPS, 2010; Rodríguez (Ed.), 2006

Uno de los primeros aspectos más importantes dentro del proceso de autocuidado se da previo a la situación de desastre, momento en el cual se define y selecciona un perfil de entrada a la Brigada como el que se detalla en el capítulo introductorio de este manual, en el apartado de a quién va dirigido el manual. Estos perfiles establecen requisitos mínimos de salud y salud mental para poder hacerse cargo de tareas con alto riesgo o alto nivel de estrés (IASC, 2007), así como perfiles para cada tipo de labor que se debe realizar (Rodríguez (Ed.), 2006).

Otro momento en el que se trabaja el autocuidado del equipo es en las supervisiones, ya que en ellas además de revisar los lineamientos para la(s) intervención(es), se revisa el impacto de la tarea en cada uno de los miembros. Esto puede ser de forma individual, brigadista con el equipo de coordinación, así como todos los miembros en una sesión de descarga emocional, las cuales usualmente tienen lugar al final del día de trabajo (J. Escalante, comunicación personal, 24 noviembre 2012).

Es importante también establecer lineamientos de trabajo que resguarden la Salud Mental dentro del equipo, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

-
1. Cada brigadista debe de desarrollar un sistema a acompañamiento con otro brigadista, los dos deben estar vigilantes y atentos al trabajo, preguntándose cómo están haciendo, cómo se están sintiendo, recordándose la hora de tomar sus alimentos y dándose aliento mutuamente.
 2. Se debería establecer una reunión cada cambio de equipo a fin de intercambiar información y comunicar que es lo que está ocurriendo, así mismo sirve como oportunidad para compartir sus frustraciones y mal interpretaciones. En estas circunstancias se les debe de recordar que estos sentimientos y reacciones son normales, incluyendo los sentimientos de culpa relacionados a tomar tiempo libre para descansar.
 3. En las operaciones de larga duración, como son los desastres, los brigadistas deben de tomar un tiempo libre de descanso, con la finalidad de evitar la fatiga emocional, y la aparición de errores.
 4. Mantener el contacto con los(as) amigos(as) y la familia. El contacto telefónico frecuente con la familia y amistades es vital, no es un gasto, permite que cuando se retorne al hogar no se sienta como un(a) extraño(a).
 5. Los(as) integrantes de los equipos de primera respuesta deberían de ayudarse en reconocer sus sentimientos de tristeza, duelo, agotamiento, etc.
 6. El alimento es de suma importancia para mantener a los(as) brigadistas activos(as), por ello se debe tener cierto cuidado a la hora de consumirlos:
 - Evite consumir alimentos en abundancia: una comida difícil de digerir o abundante puede traer problemas de indigestión.
 - Procure tener una alimentación balanceada: sustituya confites o dulces por frutas, utilice suplementos vitamínicos y de minerales, consuma alimentos altos en energía como la fruta seca, nueces, granos, maní, y una cantidad apropiada de fibra alimentaria. Reduzca el consumo de grasas animales saturadas y sustituya por grasas vegetales insaturadas.
 7. La actividad física es vital, ya que permite mantener a los(a) brigadistas activos(as) y ésta quema los subproductos de la reacción del estrés, los cuales de otro modo, podrían ser nocivos.
 8. Tomar consciencia de sus tensiones y tratar de relajarse: descansar mucho, dedicar tiempo a las actividades de esparcimiento, como pasar el tiempo con la familia y los(as) amigos(as).
-

-
-
9. Encontrar apoyo en los(as) compañeros(as) o miembros de la familia, o ambos, y conversar con ellos acerca del incidente.
 10. Prever que el incidente va a causar molestias y recordar que sus reacciones son normales e inevitables.
-
-

Figura 49: Recomendaciones para mantener la salud mental en los equipos de primera respuesta. Elaboración propia a partir de Rodríguez (Ed.), 2006.

Por último, se trabaja el autocuidado de las y los brigadistas en una sesión grupal posterior al cierre de la intervención en la comunidad afectada. Esta sesión permite la descarga emocional, el cierre del proceso, la integración de aprendizajes en diferentes niveles y recobrar un estado de equilibrio psicológico de los miembros, lo que les permitirá regresar a las actividades cotidianas habiendo elaborado la situación vivida.

De igual forma cada miembro de la brigada puede y debe realizar actividades de autocuidado de forma personal y que se ajusten a sus necesidades. En la siguiente página se brindan algunas recomendaciones para resguardar su propia salud mental:

Qué Hacer	Qué EVITAR Hacer
<ul style="list-style-type: none"> • Descansar mucho. • Mantener un buen régimen alimentario y hacer ejercicio. • Dedicar tiempo a las actividades de esparcimiento. • Tomar consciencia de sus tensiones y tratar de relajarse, respirar. • Estructurar su vida lo más posible, pero reconocer que no siempre se logra. • Encontrar apoyo en los(as) compañeros(as) o miembros de la familia, o ambos, y conversar con ellos acerca del incidente. • Pasar el tiempo con la familia y las amistades. • Prever que el incidente va a causar molestias y recordar que sus reacciones son normales e inevitables. • Conseguir más ayuda mediante un consejero, si usted lo necesita • Organizar actividades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beber alcohol en exceso. • Usar sustancias legales o ilegales para apagar las consecuencias. • Aislarse de los seres queridos. • Alejarse del trabajo. • Reducir la cantidad de actividades de esparcimiento. • Tener expectativas poco realistas sobre la recuperación. • Buscar respuestas fáciles. • Hacer cambios de vida o tomar decisiones trascendentales en ese momento. • Ser exigente con uno(a) mismo(a) o los demás.

Figura 50: Recomendaciones para resguardar la propia salud mental. Fuente: Valero, 2001, 2002.

Uno de los aspectos fundamentales del autocuidado es la supervisión continua, es un proceso que se realiza antes, durante y después de todas las intervenciones. La sección siguiente define la supervisión, su papel, importancia y objetivos.

a) Supervisión

La provisión de apoyo para mitigar las posibles consecuencias psicosociales de la labor en crisis es una obligación moral y una responsabilidad de las organizaciones, es un derecho de los(as) voluntarios(as) para proteger su salud mental y una responsabilidad con el objetivo de realizar intervenciones apropiadas (IASC, 2007).

Según el Inter-Agency Standing Committee (2007) la supervisión es importante para velar porque los conocimientos que se impartieron en la capacitación se pongan en práctica. El seguimiento debe ser continuo y debe integrarse como una parte fundamental de la formación continua y complementaria durante el trabajo de campo. Especialmente si los y las voluntarios(as) están aún en un proceso de formación se debe mantener una supervisión estrecha, ya que la ausencia de supervisión podría generar daños en ambos sentidos (para el/la voluntario(a) y para la población que está atendiendo) (Weine, Danieli, Silove, Van Ommeren, Fairbank y Saul, 2002).

Somos seres humanos que hemos pasado por situaciones difíciles, pérdidas, duelos, y es importante reconocerlos porque al trabajar con el dolor de otra persona puede éste recordarnos el propio y tenemos que estar preparados(as) para eso. Según Valero (2001) se debe reconocer que el dolor humano se experimenta con mayor intensidad en estas situaciones, ya no sólo es una persona con un problema si no que son más personas y más problemas; es decir hay una diferencia cuantitativa y cualitativa del dolor, ciertamente más masificado. Estas situaciones no son fácilmente llevables por una persona, de manera que se debe ser consciente de sus propias capacidades, de sus límites y todo esto implica un autoconocimiento profundo.

La supervisión permite también aumentar la eficacia de las intervenciones dado que se planifica la tarea, se realizan recomendaciones a la labor, se da retroalimentación de las actividades, además de revisar el impacto que la tarea generó a nivel personal. La supervisión se realiza en tres momentos:

- antes de iniciar las labores, tareas e intervenciones, esto para la planificación de las mismas;
- durante, para revisar la ejecución de las mismas y el autocuidado de los miembros; y
- después de la intervención, para planificar el seguimiento de las intervenciones, para evaluar el trabajo realizado; y para proteger la salud mental de las y los brigadistas ante el impacto de la tarea y algunas situaciones que le marcaron profundamente, para que de forma preventiva no llegue a generarle malestar.

Además de la supervisión durante el trabajo de campo pueden establecerse sesiones periódicas de supervisión grupal o procesos de evaluación de las intervenciones (Rodríguez (Ed.), 2006).

Conclusión

La atención psicosocial en desastres es un campo que se encuentra en continuo desarrollo y contantemente encontramos nuevos avances, investigaciones y lineamientos por lo tanto es importante mantenerse actualizado. En este sentido la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) ha estado realizando un importante esfuerzo por incorporar la atención psicosocial como parte de un modelo integral de intervención y como parte de dicha intervención se reconoce que la salud mental en desastres no debe estar centrada solamente en el impacto traumático.

El presente manual se propone un marco general de intervención, aunque reconocemos que la diversidad de teorías en psicología permite abordajes diferentes, lo que permite resaltar la efectividad de las técnicas propuestas desde el modelo cognitivo conductual para la atención del estrés agudo y diversas situaciones de trauma; y se reconoce la importancia del enfoque de derechos en la atención de desastres.

Se resalta la importancia de los procesos de psico-educación en la intervención en desastres, los cuales siguen siendo una parte muy importante de las intervenciones. De igual forma, se reconoce la alta relevancia que tienen los programas de formación para voluntarios brigadistas de manera que estén bien preparados para el trabajo de campo y se comprometan con la tarea. Por último se resalta el papel de la Brigada como una oportunidad de formación y experiencia profesionalizante de muy alto valor para los estudiantes de la carrera de Psicología.

Para la elaboración del presente Manual se realizó una recopilación muy minuciosa de información tanto a nivel bibliográfico como a partir de la experiencia de personas con gran trayectoria en la temática. Es un trabajo serio, exhaustivo y minucioso. Es producto de una investigación rigurosa que pasó por un proceso de validación conceptual y metodológica, lo que garantiza la confiabilidad de la información presentada.

Dado que la intervención en situaciones de desastres requiere de diversos conceptos teóricos, metodológicos y estrategias de intervención que permitan abarcar más ampliamente la multidimensionalidad que implica a nivel teórico y conceptual el presente manual se elaboró a partir de diversas perspectivas y campos de estudio que mencionaremos a continuación.

En primer lugar el Modelo Cognitivo Conductual que dentro de sus principales aportes nos permite comprender las interrelaciones entre la percepción subjetiva del evento, los factores de personalidad como la historia, y el contexto social que llevan a generar la amplia gama de reacciones entre las personas afectadas por el mismo evento.

Destaca, en este modelo, el papel de los procesos cognitivos emocionales que generan las reacciones ante el evento traumático. Así mismo brinda herramientas eficaces para trabajar dichos procesos. Esta atención temprana y preventiva permite fortalecer los recursos de afrontamiento de la persona para su recuperación inmediata y para futuras situaciones similares.

Por otra parte las concepciones de desastre han ido desarrollándose con el tiempo, dejando de lado la visión que enmarca a los desastres como fenómenos naturales hacia eventos en los que tienen una alta incidencia diversos factores sociales, económicos y ambientales, que vulnerabilizan a la población afectada reduciendo su capacidad para hacer frente al fenómeno, tanto en el antes como el después del evento.

Desde el enfoque comunitario y la atención psicosocial es importante destacar que la cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial, como consecuencia de los desastres, hacen imposible la atención individual además de que la mayoría de ellas no necesita una atención individual y profesional. Por ello las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la preparación de las personas en su recuperación. Por eso la importancia de un modelo en el cual la comunidad con su conocimiento sobre sí misma y en conjunto con el conocimiento técnico y científico de los profesionales de la Brigada propongan una serie de acciones asociadas al fortalecimiento de sus capacidades para la prevención, atención, recuperación y reconstrucción de las mismas.

Dentro de este manual además de los conceptos anteriores se establecieron dos ejes transversales: el enfoque de derechos y la salud mental comunitaria. En cuanto al primero se refiere a los principios y disposiciones del derecho internacional humanitario y legislación internacional sobre derechos humanos. Se identificaron factores específicos como el género, la edad, las condiciones de discapacidad y el estatus migratorio, que afectan la vulnerabilidad y condicionan la capacidad de las personas para enfrentarse con los problemas y sobrevivir en el contexto de un desastre.

En cuanto al segundo eje transversal, la salud mental comunitaria, destaca la necesidad de incorporar una visión de salud mental y de atención que no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse más allá del evento o situación de desastre. El proceso debe buscar la participación de los diversos actores y actrices implicados(as) en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales.

Para facilitar su consulta se ha realizado un trabajo que resume los puntos clave sin ser exhaustivo. Pretende ser una herramienta de capacitación de fácil acceso y comprensión. Para ahondar en la temática o tener una perspectiva teórica más amplia se pueden revisar los documentos que fueron consultados para la realización de este manual u otros que considere convenientes para la actualización constante de la información aquí presentada.

Por último, es importante resaltar que la Brigada es un espacio de profesionalización y aprendizaje, del cual surge este manual, a partir de una serie de esfuerzos por sistematizar la experiencia y las lecciones aprendidas durante más de veinte años de trabajo en comunidad. Se busca alentar una intervención basada en la investigación y la experiencia conforme a los lineamientos nacionales e internacionales en materia de salud mental en desastres.

Glosario

Adaptabilidad (Flexibilidad): es la capacidad para modificar lo planeado sobre la marcha de acuerdo a como se van presentando las circunstancias. Es adaptarse a las condiciones de trabajo, de la comunidad, tipos de actividades e intervenciones (población, técnicas, necesidades), entre otras cosas. Teniendo presente que la intervención comunitaria es sumamente cambiante y con condiciones poco usuales se suma los cambios en la dinámica comunitaria que genera un desastre, por lo que se necesita identificar las herramientas más apropiadas para trabajar.

Asistencia humanitaria: es cualquier acción dirigida a facilitar o permitir el socorro, el alivio del sufrimiento humano, la preservación de la vida y la nutrición de las personas, así como la facilitación de las condiciones materiales y de seguridad propicias para el tránsito, albergue temporal y retorno de la población desplazada por desastres. La asistencia humanitaria incluye las acciones de rehabilitación y reconstrucción destinadas a facilitar la llegada de ayuda y prevenir el empeoramiento de las condiciones de población afectada, hasta lograr un mínimo de autosuficiencia (Pastoral Social-Caritas de Costa Rica, 2011, p.29).

Autoconocimiento: reconocer de forma real y comprometida las propias capacidades, condiciones, limitaciones, preferencias, habilidades, emociones, cogniciones, comportamientos tanto en el ahora como el pasado que puedan agilizar como entorpecer la(s) intervención(es) en el trabajo de campo. Implica reconocer también los factores de riesgo que se tiene, así como los factores protectores ante cualquier situación.

Autocontrol: habilidad para controlar las emociones y manejar la oposición u hostilidad de otros o las condiciones de trabajo bajo presión. Implica autodominio y capacidad de actuar de manera sensata ante diversas condiciones en periodos prolongado de tiempo.

Autorregistro: es una herramienta estándar utilizada en el modelo psicológico cognitivo conductual, para el entrenamiento de habilidades, la adquisición de recursos y la modificación de conducta. Donde la persona (no terapeuta) monitorea y anota (registra) de forma detallada y concreta todos los resultados y progresos que ha tenido, según los objetivos propuestos. Lo que mejora la comprensión del proceso y motiva al avance de los resultados, aun cuando estos sean pequeños.

Capacidad de análisis: permite dar una respuesta rápida, ya que analiza las condiciones de trabajo, de la comunidad, de intervención y demás, para adaptarse y realizar una intervención eficaz, ética y apropiada. Está de la mano con la creatividad, saber tomar los elementos presentes y cuáles permiten hacer una intervención que satisfaga las necesidades de la población afectada.

Capacidad de aprender: tener la apertura para aprender de la misma situación, de los compañeros, de los profesionales de las demás instituciones, de la comunidad, de todos los actores intervinientes en el desastre.

Capacidad física: se requiere un estado de salud óptimo que permite dar un mejor desempeño y que no impida realizar la intervención. Se pueden presentar condiciones de trabajo que estén mediadas por una buena condición física y que de otra forma no se podría realizar.

Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC): es un organismo regional de carácter intergubernamental, perteneciente al Sistema de Integración Centro Americano -SICA- como Secretaría Especializada.

Ha sido creado por leyes nacionales en los países de Centroamérica, con el mandato de promover actividades, proyectos y programas que conduzcan a la reducción de riesgos a desastres que provoquen pérdidas humanas y económicas causadas por los factores socio-naturales.

El Centro promueve y coordina la cooperación internacional y el intercambio de información, experiencias y asesoría técnica y científica en materia de prevención, mitigación, atención y respuesta de desastres. Asimismo, sistematiza y registra la información relacionada con la prevención, mitigación, respuesta, impacto y recuperación de desastres, en forma dinámica, interactiva y accesible, a nivel regional.

De acuerdo con las decisiones tomadas por la Junta Directiva en su proceso de “Diálogo Regional”, así como en los lineamientos del Marco Estratégico del Plan Regional de Reducción de Desastres – PRRD, los principios que orientan las políticas, planes, estrategias y proyectos de CEPREDENAC son los siguientes:

1. La promoción del Enfoque Integral del Reducción de Vulnerabilidad como elemento indispensable de los procesos de desarrollo, lo cual implica el enfoque sistémico en la institucionalidad nacional, la promoción sectorial, regional y nacional, y la adecuación de normativas.
2. La ampliación de la participación hacia otros sectores institucionales y de la sociedad civil.
3. El fortalecimiento de capacidades locales para la reducción del riesgo.
4. El fortalecimiento de las capacidades de respuesta en los niveles local, nacional y regional (Pastoral Social-Caritas de Costa Rica, 2011, p.34-35).

Centro de Operaciones de Emergencia: El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) es la instancia permanente de coordinación, adscrita a la Comisión; reúne en el nivel nacional todas las instituciones públicas y los organismos no gubernamentales que trabajan en la fase de primera respuesta a la emergencia. Su responsabilidad es preparar y ejecutar, mediante procedimientos preestablecidos, labores coordinadas de primera respuesta ante situaciones de emergencia. Constituyen este Centro representantes designados por el máximo jerarca de cada institución que ejerzan al menos cargos con nivel de dirección. La coordinación del COE la ejerce un funcionario de la Comisión con un cargo igual al de los demás representantes (Ley N°8488, p. 6).

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE): órgano de desconcentración máxima, adscrito a la Presidencia de la República de Costa Rica, responsable por la función rectora en materia de prevención de riesgos y atención de situaciones de emergencias. Para la aplicación de este Reglamento y su uso común, se autoriza la utilización de las siglas CNE para referirse a dicha Comisión (Pastoral Social-Caritas de Costa Rica, 2011, p.34).

Comités asesores técnicos: Equipos técnicos interdisciplinarios conformados por especialistas y organizados según áreas temáticas afines; asesoran a la Comisión, al COE y a las demás instancias de coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, en los temas específicos de su competencia. Sus criterios se definen como de carácter especializado, técnico y científico y constituyen la base para la toma de decisiones en la prevención y atención de emergencias (Ley N° 8488, p.7).

Comités regionales, municipales y comunales de emergencia: son instancias permanentes de coordinación de los niveles regional, municipal y comunal. Por medio de ellos la CNE cumple su función de coordinación de las instituciones públicas, privadas, organismos no gubernamentales y la

sociedad civil, que trabajan o sectorial de los funcionarios con mayor autoridad en el nivel correspondiente. Las organizaciones no gubernamentales, las privadas, las locales y las comunales, definirán su representación por medio de la autoridad interna de cada una de ellas. La participación de los funcionarios públicos en dichos comités deberá considerarse parte de sus responsabilidades ordinarias.

- a) *Comités Regionales de Emergencia (CRE)*: están constituidos por los directores o jefes regionales, de las instituciones públicas, representantes de organismos de atención de emergencias, representantes de organizaciones no gubernamentales con cobertura regional. Desarrollan su función con la asesoría, control y seguimiento de la CNE, quien solo nombrará un CRE por cada región según el sistema de regionalización de MIDEPLAN. La representación institucional en el CRE, será definida por el jerarca institucional ante la Junta Directiva de la CNE que oficializará la integración del mismo.
- b) *Comités Municipales de Emergencia (CME)*: se articulan a partir de la participación de representantes de organizaciones, directores o jefes de las instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas con actividad propia en el cantón. Su ámbito de acción es cantonal. Su nombramiento, organización, seguimiento y asesoría será responsabilidad de la CNE mediante el Departamento de Operaciones. Para su funcionamiento deberá conformar comités comunales a nivel de distrito, poblado o barrio. La participación de los funcionarios públicos en dichos comités deberá considerarse parte de sus responsabilidades ordinarias. Cuando la prevalencia de condiciones de amenaza y vulnerabilidad, características geográficas, o cuando la presencia institucional lo justifique, la CNE constituirá Comités Municipales de Emergencia con cobertura sub-cantonal, los que cumplirán funciones en su área de cobertura territorial. Para lo anterior se deberá contar con el aval del Departamento de Operaciones de la CNE.
- c) *Comités Comunales de Emergencia (CCE)*: se articulan a partir de la participación de representantes de la sociedad civil, representantes de organizaciones comunales, representantes institucionales en la comunidad, organizaciones no gubernamentales y empresa privada. Su ámbito de acción es el nivel de distrito, poblado o barrio, su organización, seguimiento y asesoría, será responsabilidad de los Comités Municipales de Emergencia, con supervisión del Oficial de Enlace y la capacitación del área de Formación y Capacitación (Pastoral Social-Caritas de Costa Rica, 2011, p.36-37).

Compañerismo: implica dar el apoyo a todos los miembros del equipo de trabajo, así como a la coordinación de la brigada. Este apoyo incondicional es un factor protector para cada uno de sus miembros, contar con un abrazo o una palabra de aliento.

Compromiso organizacional: capacidad y el desea de alinear la conducta propia, a las necesidades de las prioridades y metas de la organización.

Comunicación asertiva: es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propias de una manera honesta, oportuna y respetuosa que nos permita obtener cuanto queremos sin lastimar a los demás.

Contención emocional: Se entiende como el apoyo psicológico que se le brinda a la persona afectada, de forma tal que sus emociones puedan estabilizarse y logre afrontar la situación con mayor resiliencia.

Control de los Impulsos: Capacidad para resistir o controlar un impulso, arranque o tentación para actuar en forma agresiva u hostil con poca tolerancia a la frustración.

Creatividad e Imaginación: Entendiéndolo como la capacidad para mirar un problema desde un ángulo diferente.

Disciplina: es la habilidad de adaptarse a las políticas y procedimientos organizaciones y de buscar información de los cambios en la autoridad competente.

Empatía: respeto al sufrimiento ajeno, a los demás, es aceptar el riesgo de cometer errores y que en situaciones de gran confusión como en las emergencias o desastre es común es tener también la capacidad para el reconocimiento de los propios errores, y aceptar la crítica constructiva.

Escucha activa: es prestarle toda la atención a la persona mientras cuenta su historia, escucharla atenta y cuidadosamente, tanto los eventos que ocurrieron como los sentimientos que se le generaron. Conviene no juzgar, ni contradecir, ni minimizar, ni saturar con preguntas.

Habilidad para las relaciones interpersonales: a capacidad para entablar contacto satisfactorio con los demás, estableciendo y manteniendo relaciones amistosas sólidas. Implica gran capacidad de empatía: facilidad para entender a otras personas, sus pensamientos, sentimientos, lenguaje no verbal y todo lo parcialmente expresado.

Liderazgo: capacidad de influir y guiar en un grupo o equipo para que consiga sus metas.

Marcadores de la virilidad: son pruebas que los hombres en la sociedad deben cumplir para medir la hombría. Son como exámenes, que se establecen en diversas culturas, para dar aprobación de la virilidad.

Módulo(s): forman parte del plan de estudios de la Escuela de Psicología, en los que se brinda una formación especializada a los estudiantes, pensados en una modalidad de enseñanza-aprendizaje que se reorganiza en torno a la resolución de problemas derivados de las áreas problemáticas, con perspectiva investigativa. Enriqueciendo las políticas universitarias relativas a las relaciones entre docencia, investigación y acción social. Algunos de los lineamientos base de la estructura modular son: los conocimientos se estructuran y organizan en torno a grandes problemas, socialmente relevantes, que requieren de la intervención del(a) profesional en Psicología; por lo tanto, los conocimientos deben adecuarse a una realidad cambiante que tiene que ser sometida a permanentes investigaciones y actualizaciones de contenidos; perfilando a los(as) psicólogos(as) como investigadores de su realidad; en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el aprendizaje es socialmente relevante, situado y significativo para el(a) estudiante, que actúa críticamente sobre la realidad; se integran los conocimientos académicos, ya que los problemas reales no son divisibles en áreas de intervención y se requiere de una variedad y gama de conocimientos (sociales, clínicos, educativos, grupales, psicobiológicos, etc.) para enfrentar las demandas de la realidad; y se propicia una formación integral y ética de los(as) psicólogos(as), así, el ejercicio profesional es abordado responsablemente.

Proactividad: iniciativa de conocer las comunidades antes de entrar (saber adónde voy y a qué voy) y saber a nivel emocional qué tan preparada me siento para las posibles intervenciones).

Programa de Gestión de Riesgo y Reducción de Desastres (PGRRD): instancia facilitadora y promotora, para el fortalecimiento de las capacidades institucionales, con el fin de minimizar la vulnerabilidad ante eventos diversos que generen situaciones de emergencia y desastres, como parte permanente del quehacer universitario y su vinculación externa.

Planificación y organización: determinar eficazmente las metas y prioridades estipulando la acción, los plazos y los recursos requeridos para alcanzarlos.

Prueba de la realidad: Se manifiesta en la capacidad para evaluar la correspondencia entre lo que existe en la realidad y lo que se está sintiendo o experimentando a nivel subjetivo, esto es importante para poder dimensionar las situaciones problemáticas con objetividad sin magnificarlas ni subestimarlas.

Sentido de urgencia (trabajar bajo presión): percibir el sentido de urgencia real de determinadas tareas y actuar de manera consecuente para alcanzar su realización en plazos muy breves de tiempo.

Solución de problemas: se entiende como la eficacia y agilidad para dar soluciones a problemas detectados, emprendiendo las acciones correctoras necesarias con sentido común, sentido del coste e iniciativa.

Trabajo en equipo: la intención de trabajar cooperativamente con otros, de ser parte del equipo y de trabajar juntos en lugar de individualmente o competitivamente.

Tolerancia a la Frustración: Es la capacidad que se tiene para resistir a las circunstancias adversas y a las situaciones llenas de tensión sin “desmoronarse” enfrentando activa y positivamente la presión”, se basa en la capacidad de poder elegir cursos de acción para enfrentar situaciones adversas, tener una disposición optimista que le permita sobrellevar exitosamente la emergencia, en especial tener ese sentimiento de que uno puede controlar e influir en la situación que ha generado la emergencia.

Triaje (triage): Triaje es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Se emplea para la clasificación de pacientes en distintas situaciones y ámbitos. En situación normal en las urgencias extrahospitalarias y hospitalarias. Así como en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o de desastre. En situación normal se privilegia la atención del paciente más grave, el de mayor prioridad. Ej.: paro cardíaco. En situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos.

Clasificación de Triaje. Sala de Emergencias			
Nivel de Urgencia	Tipo de Urgencia	Color	Tiempo de Espera
1	Resucitación	Rojo	Atención inmediata
2	Emergencia	Naranja	10 -15 minutos
3	Urgencia	Amarilla	60 minutos
4	Urgencia menor	Verde	2 horas
5	Sin urgencia	Azul	4 horas

Categorización		
Rojo	Estado Crítico	Transporte inmediato
Amarillo	Delicado	Transporte diferido
Verde	Lesión leve	No tiempo inmediato
Negro	Muerto	Muerte inminente

Referencias bibliográficas

- Abueg, F., y Young, B. (2008) Terapia cognitivo-conductual para los desastres: primeras ayudas psicológicas, relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y exposición directa. En: Caballo, V. (Comp) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Vol.2. Madrid: Siglo XXI.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arguello, C. (2007) Abordaje psicosocial con personas adultas mayores desde la experiencia de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Emergencias y Desastres. *Wímb lu, Revista electrónica de estudiantes*, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, 2(1): 9-20.
- Badós, A. (2011) Terapia cognitiva de Beck. En: Labrador, F. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Badós, A. y García, E. (2010) *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Facultat de Psicologia, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.
- Baloian, I., Chia, E., Cornejo, C. y Paverini C. (2007) *Intervención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres: Guía para el Primer Apoyo Psicológico*. Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior, Chile.
- Barrera V. y Manero R. (2012) Intervención psicosocial en proyectos de promoción social. *Tramas* 36 (10). Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México pp. 155-176.
- Beck, A. (2002) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beristain, C. (2000) *Apoyo Psicosocial en Catástrofes Colectivas: De la Prevención a la Reconstrucción*. Caracas: Comisión De Estudios De Postgrado, Universidad Central de Venezuela.
- Blanco, M. (2008) *Propuesta de un manual cognitivo conductual emocional para la inoculación del estrés laboral dirigido a gerentes de una empresa privada costarricense*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Brookings-Bern Project on Internal Displacement. (2008) *Human Rights and Natural Disasters. Operational Guidelines and Field Manual on Human Rights Protection in Situations of Natural Disaster. Pilot version*. Washington, DC. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.refworld.org/docid/49a2b8f72.htm>
- Bryce, C.P. (2001). *Stress management in disasters*. Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C.
- Caballero, D. (Ed) (2006) *Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Paz, Bolivia.

- Camacho, S. y Ramírez, C. (2005) *Estrategia de intervención psicológica en niñas y niños a partir de la percepción de riesgo por desastres y su impacto psicológico*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Campos, A. (2000) *Prevención de desastres. Una mirada desde la salud mental*. En: *Huracán Mitch: Una mirada a algunas tendencias temáticas para la reducción del riesgo*. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, Organización Panamericana de la Salud: San José.
- Campos G, A. (2007) *Así aprendemos a ser hombres*. Oficina de Seguimiento y asesoría de Proyectos OSA, S.C.: San José.
- Campos G., A., Sáenz S., A. L. y Salas C., J. M. (2001) *Desastres y salud mental: una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario*. Material Mimeografiado. San José, Costa Rica.
- Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC). (2011) *Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR)*. Ciudad de Guatemala: Programa Regional de Reducción de la Vulnerabilidad y Degradación Ambiental, PREVDA.
- Chamey, D., Foa, E. y Friedman, M. (2003) Toward Evidence-Based Early Intervention for Acutely Traumatized Adults and Children. *Society of Biological Psychiatry* vol. 53 p. 765-768.
- Charles, N., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C y Stein, M. (2006) Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research* 40 p. 1-21.
- Chaves, K. (2007) *Estrés en agentes de la Unidad de Intervención Policial: análisis de los síntomas, fuentes de estrés y estilos de afrontamiento*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Cohen, R. y Ahearn, F. (1990) *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres*. Organización Panamericana de la Salud: México, D.F.
- Comiatato Internazionale per lo Svilupp dei Popoli CISP. (2007). *Modelo operativo de respuesta. Fortalecimiento de las capacidades locales para la reducción de riesgos y la preparación para desastres en la Costa Ecuatoriana*. Proyecto DIPECHO: Quito.
- Comisión Nacional de Prevención de Riesgo y Atención de Emergencias (CNE) (2013) *Declaración de San José "Por el derecho a la prevención: consolidando la participación en gestión integral del riesgo en Centroamérica"*. Recuperado 25 de setiembre de 2013, de <http://www.cne.go.cr/index.php/component/content/article/270-noticias/767-2013-06-20-declaracion-de-san-jose>
- Consejería de Administración Autonómica. (2008) *Conócelo y aprende a hacerle frente. Guía del estrés laboral*. Junta de Castilla y León: España.
- Consejo Universitario (2012) *Diagnóstico acerca de la gestión del riesgo en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Costa, N., Weems, C. y Pina, A. (2009) Hurricane Katrina and youth anxiety: The role of perceived attachment beliefs and parenting behaviors. *Journal of Anxiety Disorders* 23, p. 935-941.
- Cruz Roja Ecuatoriana (2008) *Manual de Apoyo Psicosocial para el Voluntario Promotor Comunitario*. Quito.

- Cruz Roja y Media Luna Roja (1995) Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales. En *Principios y acción en la asistencia internacional humanitaria y en las actividades de protección*; Ginebra: XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
- Dattilio, F. y Freeman, A. (1994) *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. Guilford Publications: USA. Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (2002) *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. (2009) *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: MR Ediciones.
- De Luca, P.A., Sánchez, M.E., Pérez, G. y Leija, L. (2004) Medición integral del estrés crónico. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 25(1): 60-66.
- Ehrenreich, J. (1999) *Enfrentando el desastre: Una guía para la intervención psicosocial*. Salud Mental Sin Fronteras, Nueva York.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005) *Terapia racional emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. 2° Ed. D.F. México: Editorial Pax.
- Endler, N. y Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*, 15: 231-245.
- Escuela de Psicología. (2013) *Acción Social-Escuela de Psicología*. Recuperado 29 de mayo de 2013, de http://www.psico.ucr.ac.cr/accion_social.html
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2001) *Controlar el Estrés sobre el Terreno*. Ginebra, Suiza.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002) *Intervención en Crisis*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009) *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Follete V. y Ruzek, J. (2006) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. The Guilford Press. New York.
- Foy, D., Eriksson, C y Trice, G. (2001) Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5 (4): 246.
- Galeano, N., Vega, C. y Blanco, S. (2012) *Perfil profesional de la persona con funciones de brigadista*. Brigada de Atención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres. Manuscrito no publicado.
- Garita, P. M. y Molina, K. (2013) *Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica*. En: *Estado del arte de la investigación en Salud Mental en Costa Rica*. Grupo de investigación en Salud Mental y Bienestar. Universidad de Costa Rica.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. y González, J.J. (2000) Características psicométricas de la Escala de ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2): 21-30.
- Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. (2010) *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud?* Ginebra.

- Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006) *Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Proyecto AMARES. Lima: Ministerio de Salud.
- Güida, R. (2010) Hombres e igualdad de género en las situaciones de emergencia. *Development Connections*. Washington D.C. Recuperado el 25 de noviembre del 2013, de www.unfpa.org/sv
- Health Organization (WHO) (2008) *Manual for the health care of children in humanitarian emergencies*. World Health Organization: España.
- Hembree, E., Rauch, S. y Foa, E. (2003) Beyond the Manual: The Insider's Guide to Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (1): 22-30.
- Herrera, C. G., González, C. I., Vargas, C. I., Conde, C. A. y Dallos, M. (2005) Respuestas Fisiológicas y Psicogenética en el Trastorno de Estrés Post-traumático. *Revista Salud UIS*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 37(1): 53-57.
- Horowitz, M., y Alvarez, W. (1979), Impact of Event Scale: A measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3): 209-218.
- Instituto Nacional de la Salud Mental NIMH. (2009). *Trastornos de ansiedad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud: Maryland.
- Inter-Agency Standing Committee (2008a) *Mental Health and Psychosocial Support: Checklist form field use*. Geneva: IASC.
- Inter-Agency Standing Committee (2008b). *Mujeres, niñas, niños, hombres. Igualdad de oportunidades para necesidades diferentes*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Ginebra, Suiza.
- Inter-Agency Standing Committee (2007) *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra.
- International Medical Corps (2007) *Coping In The Aftermath Of Hurricane Katrina: Some Brief Guidance Notes On Stress, Grief And Loss for Front Line Teams*. Santa Monica, California.
- International Medical Corps (s.f.) *Brief mental health guidelines for assisting those affected by Hurricane Katrina*. Santa Monica, California.
- Lavell, A. (2010) *Sobre la gestión del riesgo: apuntes hacia una definición*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/riesgo-apuntes.pdf> el 26 de octubre del 2010.
- Lavell, A. (2002a). Riesgo, desastre y territorio. La necesidad de los enfoques regiones transnacionales. *Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe*, FLACSO-Unesco. (5): 140-147.
- Lavell, A. (2002b). *Sobre la Gestión del Riesgo. Apuntes hacia una Definición*. Inédito.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. (2002) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Ley para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres, Ley Nº 8488, 2006, Asamblea Legislativa, tomado de: http://www.legislacionmunicipal.fam.bo/Archivo/Docs/Leyes/Ley_2140.pdf

- Marecos, E. (2003) El diagnóstico diferencial. *Revista de Posgrado en la Vía Cátedra de Medicina*, (128).
- Marín, H. (2005). *Psicología de la Emergencia. Comportamiento humano antes, durante y después de Emergencias*. II Congreso Nacional de Salud Mental y Asistencia Primaria en Catástrofes, Hospital de la Defensa "Gómez Ulla": Madrid.
- Maroto, A. (2003) *Elaboración de una propuesta teórico-metodológica para la intervención psicosocial en los procesos de elaboración del duelo en situaciones de desastre*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009) *Primeros Auxilios Psicológicos*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Martínez, O., Escobar, D., Ramírez, J., Panameño, O., Estrada, S. (2001). *Manual de Intervención Psicosocial en Situaciones de Desastres*. Centro de Investigación, Desarrollo y Enseñanza de Permacultura CIDEP: San Salvador.
- Mc Quidy, E. (2006) *Niños y niñas después de un desastre, guía de intervención psicoafectiva dirigida a personal no especializado en salud mental*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares, J. y Méndez, F.X. (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009) *Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide*. NSW Department of Health, Sydney.
- Ministerio de Salud. (2012) Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. San José: El Ministerio.
- Mishra, P. (2009). Let's share the stage: Involving men in gender equality and disaster risk reduction. In E. Enarson, & P. Chakrabarti (Eds.) *Women, gender and disaster: Global issues and initiatives*. (pp. 29-40). New Delhi: SAGE Publications India.
- Molina, H., Manrique, E. y Silberman, R. (2004) Evaluación cognitivo conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizan*, V(1), pp. 69-82. Recuperado el 23 de Enero del 2014 de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004/6%20EVALUACION%20COGNITIVO-CONDUCTUAL%20DEL.pdf>
- Mora, A. G. (2012) *Organización nacional para el abordaje del apoyo psicosocial en desastres: Experiencia de la constitución del "Comité Asesor Técnico de Apoyo Psicosocial" de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, Costa Rica*. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Gestión del Riesgo en Desastres y Atención de Emergencias. Universidad de Costa Rica.
- Mora, A. G. (2005) *Propuesta para la incorporación del Enfoque de Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia en la atención de la emergencia y la reducción del riesgo ante desastres: un proceso participativo con la Junta Comunal de Upala*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Moser, J., Hajcak, G., Simons, R. y Foa, E. (2007) Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect Original Research Article. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (8): 1039-1049.
- Muñoz, M. (2011) Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En: *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Murillo, M. (2009) *Abordaje de las personas adultas mayores que presentan riesgos de depresión desde la terapia cognitiva conductual*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Naciones Unidas. (2013) *Discapacidad, desastres naturales y situaciones de emergencia*. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1552>.
- Naciones Unidas. (2006) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Naciones Unidas. (2002) *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid. Recuperado el 14 de junio de 2013, de <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>
- National Institute of Mental Health (2006) *Helping Children and Adolescents Cope with Violence and Disasters What Community Members Can Do?* Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011) *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 27 de octubre de 2011, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) *La Salud Mental en las Emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta*. Washington D.C.; Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004) *Manual de Evaluación de Daños y Necesidad es en Salud Mental para Situaciones de Desastre*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N°4. Organización Mundial de la Salud: Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999) *Salud Mental para víctimas de desastre. Manual para instructores*. Editorial El manual moderno: México, D.F.
- Pastoral Social-Caritas de Costa Rica (2011) *Manual de Gestión del Riesgo de Desastres*. Secretariado Ejecutivo de Pastoral Social-Caritas e la Conferencia Episcopal de Costa Rica.
- Pataki, G., Stone, J. y LeViness, J. (2001) *Guía de consejería de crisis para niños y familias en caso de desastres*. U.S. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.
- Pérez, P. (2006) *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Pineda, C., López-López, W. (2010) Atención Psicológica Postdesastres: Más que un “Guarde la Calma”. Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia Psicológica*, 28(2): 155-160.
- Proyecto Esfera (2004) *Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*. El Proyecto Esfera. Ginebra, Suiza.

- Quirce, C.M., Vargas, G., Maickel, R. (2007) Recientes adelantos en el área del estrés los últimos veinticinco años. *Revista Costarricense de Psicología*, 26(39): 23-33.
- Robles, J. y Medina, J. (2002) *Intervención Psicológica en las Catástrofes*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Rodríguez, J. (2004) Capítulo 5: Aspectos psicológicos. En Organización Panamericana de la Salud *Manejo de Cadáveres* (pp. 119- 139). Washington D.C., Estados Unidos de Norteamérica.
- Rodríguez, J. (Ed) (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica.
- Rojas-Medina, Y., Vargas, J. y Trujillo, O. (2008) Trastorno de Estrés Agudo y Episodio Depresivo Mayor en víctimas de una inundación en Tingo María. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 25(1): 66-73.
- Ruiz, L. (2008) *Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina*. - Memorias III Congreso Nacional de Innovaciones en Psicología y Salud Mental, Boyacá, Colombia: 4-20.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. 2º Edición. Desclée De Brouwer, S.A.: Bilbao.
- Sáenz, L. y Jurado, A. (2010) *La acción social como centro integrador entre la docencia, la acción social y la investigación: lecciones aprendidas*. Ponencia presentada en el 1er Congreso de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.
- Sáenz, L y Salas, J. (2000) Intervención Psicológica en Situaciones de Desastre. En Garita, N. y Nowalski, J. (Ed.) *Del desastre al desarrollo humano sostenible en Centroamérica* (pp. 153-177). Centro Internacional para el Desarrollo Humano Sostenible. Banco Interamericano de Desarrollo. San José: Costa Rica.
- Sáenz, L., Vindas, A., y Villabos, L. (2013) *Memorias del camino trazado*. Brigada de Atención Psicosocial en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Libro sin publicar.
- Salas, J.M. (2002) *Acerca de la masculinidad. Algunas discusiones y tareas pendientes*. Congreso Nacional Psicología, Noviembre. Costa Rica.
- Sanabria, J. (2013) Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental. En: *Estado del arte de la investigación en Salud Mental en Costa Rica*. Grupo de investigación en Salud Mental y Bienestar. Universidad de Costa Rica.
- Sánchez, A. (2007) *Manual de Psicología Comunitaria: Un Enfoque Integrado*. Pirámide: Madrid.
- Sandín, B. (2003) El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1): 141-157.
- Sandín, B. (1995) citado por Sandín y Chorot (2003) Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1): 39-54.
- Save the Children. (2007) *Protección de la Infancia en Emergencias. Prioridades, principios y prácticas*. La Alianza Internacional Save the Children. Grafox Imprenta S.L.: Toledo.
- Schreiber, M. (2010) *The PsySTART Rapid Mental Health Triage and Incident Management System*. Center for Disaster Medical Sciences, University of California.

- Secretaría de Salud (2002) *Programa Específico de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre*. Secretaría de Salud, México D.F.
- Silva M., F. (2004) La evaluación conductual: concepto y proceso. En: *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. 3 Ed. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Slaikue, K. (1999) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. Manual Moderno: México D.F.
- Soto, A. (2002) Procesos de intervención comunitaria. *Tramas* 18-19 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México pp. 191-209.
- Torrico, G., Ortiz, S., Salamanca, L. y Quiroga, R. (2008) *Los enfoques teóricos del desastre y la gestión local del riesgo: construcción crítica del concepto*. Fundación para el Desarrollo Participativo Comunitario: La Paz.
- United Nations Children's Fund. (2008) *Sistematización de mejores prácticas educativas para la gestión del riesgo en Centroamérica*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF: New York.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (2010) *Políticas Institucionales para los años 2010-2014*. Consejo Universitario.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (2009) *Políticas Institucionales para el año 2009*. Consejo Universitario.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (1974) *Estatuto Orgánico*. Consejo Universitario.
- Valero, S. (2002). *Psicología en Emergencias y Desastres*. Editorial San Marcos: Lima.
- Valero, S. (2001a). *Ayudando a ayudar. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta*. Lima, Perú.
- Valero S. (2001b) *Psicología en emergencias y desastres*. Editorial San Marcos: Lima.
- Valero, S. (1997) *Ayudando a Ayudar: Manual para el psicólogo emergencista*. Lima, Perú.
- Van der Velden, P., Kleber, R., Fournier, M., Drogendijk, A. y Gersons, B. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group A prospective study. *Journal of Affective Disorders* 102: 35–45.
- Victorian Government Department of Health (2002) *Statewide mental health triage scale - Guidelines*. State of Victoria, Department of Health, Melbourne.
- Villalobos, A. (2009) Intervención en Crisis en Situaciones de Desastre: Intervención de Primera y Segunda Instancia (Revisión bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXVI (587): 5-13.
- VVAA. (2005) *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencia y desastres*. Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.
- Wainrib, B. R., Bloch, E. L. (2000) *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Desclée De Brouwer: Bilbao.
- Weine, S., Danieli, Y., Silove, D., Van Ommeren, M., Fairbank, J. y Saul, J. (2002) Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings. *Psychiatry* 65(2).

Weiss, C., Zara, C. y Parkinson, D. (2013) Men, Masculinity, Disaster: A literature review. En: Women's Health Goulburn North East. *Men on Black Saturday: Risks and opportunities for change*. Australia. Recuperado el 10 de febrero, 2014 de: <http://www.whealth.com.au/documents/work/about-men/FINAL-REPORT-Vol-3.pdf>

Wilches-Chaux, G. (1998) *Auge, caída y levantada de Felipe Pinillo, mecánico y soldador: guía de la red para la gestión de riesgo*. Quito: La RED.

Anexos

1. Organigrama del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo.



La Brigada coordina sus labores de intervención con las instancias encerradas en un círculo, las cuales son:

- COE: Centro de Operación de Emergencias
- Comités Asesores Técnicos
- Comités Regionales, Municipales y Comunes de Emergencia.

Posterior a esta coordinación, realiza las siguientes labores: la coordinadora de la brigada y las supervisoras de campo contactan y coordinan con el oficial de enlace de la zona, se actualiza la información psicosocial y se hace la presentación ante el comité municipal de emergencias, se evalúan las necesidades de atención psicosocial, se priorizan zonas y poblaciones a atender y se monta el espacio físico de atención dentro del centro de operaciones. La coordinadora se presenta con el resto de personal institucional que atiende la emergencia explicando los objetivos de la atención y el plan inicial, las supervisoras de campo paralelamente están organizando a profesores y estudiantes voluntarios en el espacio físico designado y se brinda información actualizada para redefinir la estrategia de intervención. Se definen las zonas geográficas donde se va a llevar a cabo la intervención, las poblaciones prioritarias a atender y el personal capacitado para cada una. Se coordinan las acciones de las supervisoras de campo con cada una de las coordinaciones institucionales. Las coordinadoras de campo actualizan información de cada una de las áreas a atender (albergues, trabajo casa x casa, escuelas, etc.) Se formaliza el plan operativo de intervención, se brinda instrucciones a los y las estudiantes para iniciar la tarea, se recuerdan las pautas de autocuidado y se inicia la atención (*Red de Brigadas y Unidades de Atención Psicosocial en Emergencias y Desastres, Costa Rica, 2013*).

2. Ficha para la Evaluación Comunitaria

Mediante esta herramienta se puede definir de manera más precisa la cantidad de personas afectadas y problemáticas que justifican la intervención. La misma debe ser elaborada por miembros de la comunidad afectada. Es una adaptación de la ficha elaborada por la Pastoral Social Cáritas-Costa Rica (2012).

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Municipalidad: _____ Distancia comunidad-municipalidad: _____

DATOS GENERALES DE LA COMUNIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO

a) Distribución de habitantes de la comunidad por sexo.

MUJERES	HOMBRES	TOTAL

b) Familias que viven en la comunidad: _____

c) Distribución de habitantes de la comunidad.

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Menores de 1 año			
1 – 5 años			
6 – 13 años			
14 – 17 años			
18 – 25 años			
26 – 40 años			
41 – 60 años			
Mayores de 60 años			
Personas en condición de discapacidad			

d) Servicios que existen en la comunidad

	SI	No	CANTIDAD
Lugares de recreación			
Centros educativos			
Centros religiosos			
Salón comunal			
Industrias			
Centros de salud			
Hospital o Clínica			
Emisora de radio			
Delegación policial			
Otros (especificar):			

e) Principales problemáticas en la comunidad:

f) Servicios públicos con los que cuenta la comunidad:

	SI	NO
Energía eléctrica		
Agua potable		
Ambulancia		
Alcaldía		
Alcantarillado		
Internet		
Teléfono comunitario		
Teléfono celular		
Otros (especificar):		

g) Educación:

Niños en primaria: _____

Niños en secundaria: _____

ORGANIZACIÓN COMUNAL

h) Organizaciones presentes en la comunidad y su grado de reconocimiento.

Políticas: _____
_____.

Educativas: _____
_____.

Religiosas: _____
_____.

Económicas: _____
_____.

Organizaciones _____

populares: _____.

Desarrollo _____

local: _____.

Protección _____

ambiental: _____.

Gestión del _____

riesgo: _____.

Otras: _____

_____.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

i) Principales fuentes de ingreso:

Trabajo en la comunidad	
Trabajo fuera de la comunidad	
Trabajo en y fuera de la comunidad	
Trabajo en comunidad y ayuda familiar exterior	
Trabajo en comunidad y ayuda familiar nacional	
Trabajo fuera de la comunidad y ayuda familiar exterior	

3. Inventario de Actores Sociales

A través de esta herramienta elaborada por Pastoral Social-Cáritas Costa Rica (2012) se puede sistematizar la cantidad y disponibilidad de actores sociales en la comunidad.

N°.	ACTOR	TIPO	PAPEL ACTUAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO	PAPEL ESPERADO EN LA GESTIÓN DEL RIESGO
	Nombre: _____ Representante: _____ Conflictos con: Alianzas con:			
	Nombre: _____ Representante: _____ Conflictos con: Alianzas con:			
	Nombre: _____ Representante: _____ Conflictos con: Alianzas con:			
	Nombre: _____ Representante: _____ Conflictos con: Alianzas con:			

Nombre: _____ Representante: _____ Conflictos con: Alianzas con:			
Nombre: _____ Representante: _____ Conflictos con: Alianzas con:			

Componentes del inventario:

Actor: se refiere al nombre de la organización, institución o entidad.

Tipos:

- EP: Entidad Privada (empresas, organizaciones de productores o comerciantes, cámaras, asociaciones, cooperativas).
- IP: Institución Pública (parte del Gobierno central o instituciones descentralizadas como IMAS, ICE, CNE, CCSS, ministerios, centros educativos, municipalidad).
- OH: Organismo Humanitario (Cruz Roja, agencias de desarrollo).
- OI: Organización Intergubernamental (UNICEF, ACNUR, OMS, OPS, Fondo Mundial de Juventud).
- OR: Organización Religiosa (Iglesias y movimientos religiosos).
- OS: Organización Social (asociaciones de desarrollo, sindicatos, asociaciones solidaristas, fundaciones sin fines de lucro).

Papel actual para la gestión del riesgo: identificar políticas, planes o proyectos de gestión del riesgo en desastres y cómo pueden ser valoradas.

Papel esperado para la gestión del riesgo: expresar el papel que se espera de los actores en cuanto a políticas, planes, proyectos y prácticas

4. Listado de las Distorsiones Cognitivas.

Entre las distorsiones más frecuentemente citados están: *la inferencia arbitraria, la sobregeneralización, la maximización, la minimización, la abstracción selectiva, el pensamiento absolutista, la personalización, el razonamiento emocional, las afirmaciones debería y la externalización de la propia valía*. Estas se describen a continuación:

1. La **inferencia arbitraria**, se tiende a sacar conclusiones precipitadas e impulsivas, basadas en información incompleta o errónea, incluso contrarios a la evidencia objetiva.
2. **Lectura de la mente**: creer saber lo que el otro(a) está pensando o lo que significa su comportamiento.
3. **Error del adivino**: creer que las cosas que se anticipan serán ciertas, aunque no haya evidencia objetiva para asegurar ello.
4. La **sobregeneralización** o **generalización excesiva**, se da cuando se establecen conclusiones generales a partir un caso específico a toda clase de experiencias, situaciones, cosas o personas. A estos últimos, ya sea sí mismo u otras personas, se les coloca etiquetas generales en lugar de hablar sobre conductas concretas, lo que se le llama **etiquetación**.
5. La **maximización, magnificación o exageración** y la **minimización**; son dos errores cognitivos distintos pero relacionados, dado que se magnifican el significado o importancia de los errores propios, los acontecimientos, conductas propios y de los demás. De igual forma esto se presenta al contrario minimizando los acontecimientos y conductas propias y de los otros. Se da también la **descalificación de lo positivo**, que significa restarle importancia a los aspectos positivos de las personas o las cosas o transformarlos en algo negativo.
6. La **abstracción selectiva**, se toman en cuenta algunos aspectos de situaciones multifacéticas, obviando los demás detalles, así como el panorama completo, lo que sesga la información obtenida.
7. El **pensamiento absolutista** o **pensamiento dicotómico** o **razonamiento dicotómico**, consiste en calificar las experiencias en dos posibilidades o categorías opuestas y dicotómicas: “todo o nada”, “bueno o malo”, sin reconocer una variedad de posibilidades o continuo de las mismas.
8. La **personalización**, la persona siente que los demás tienen una actitud negativa hacia ella sin considerar otras explicaciones posibles al comportamiento de los otros.
9. El **razonamiento emocional** supone que las emociones o sentimientos reflejan la realidad o se toman como prueba de ello: “me siento inútil, por lo tanto soy inútil”.
10. Las **afirmaciones debería** o los **imperativos categóricos** consiste en pensar que sí mismo, los otros o las cosas deben o no deben actuar o ser de cierta manera, aplicando un modo rígido de reglas y se cierra la posibilidad a otras opciones. Cuando no se satisface a los imperativos se genera vergüenza, culpa, ira, frustración y resentimiento.
11. La **externalización de la propia valía** minimiza el propio papel en aquellas cosas que confieren valor.

Fuente: Beck, 2002; Badós y García, 2010; Feixas y Miró, 1993; Méndez, Olivares y Moreno, 1998.

5. Exploración clínica.

Exploración psicopatológica de personas afectadas en catástrofes:

Aspecto	Se describe el estado general de la persona: nutrición, hidratación, heridas físicas, características morfológicas peculiares, indumentaria, presentación.
Actitud ante la exploración	Si se muestra abordable y colaborador, o por el contrario se muestra desconfiado, reticente, suspicaz, rechazando o intentando controlar la entrevista. Si tiende a disimular, simular o exagerar los síntomas.
Conducta motora durante la exploración	Inquietud, agitación o inhibición.
Nivel de conciencia	Incluye el nivel de vigilancia (desde lucidez a distintos grados de obnubilación), el campo de la conciencia (estados crepusculares) y su estructuración (estados disociativos).
Orientación	Personal y espacio-temporal.
Atención y concentración	Si se distrae o se cansa.
Memoria	Inmediata, a corto y largo plazo. Evaluar los posibles trastornos de memoria referentes al episodio traumático (amnesias e hiperamnesias selectivas).
Pensamiento y lenguaje (discurso y contenido)	Especial atención a la inhibición del pensamiento y a los temas traumáticos sobrevalorados.
Percepción	Alteración cuantitativa y cualitativa (ilusiones, flashback, alucinaciones de contenido traumático).
Nivel intelectual	Inhibición cognitiva postraumática.
Afectividad	Expresión emocional (verbal y no verbal), angustia, ansiedad, preocupaciones, temores, tristeza, desesperanza, exaltación, irritabilidad.
Patrones de sueño	Insomnio, pesadillas, sobresaltos.
Conducta alimentaria	Anorexia, bulimia, abuso de sustancias (alcohol, otros).
Personalidad y relaciones interpersonales	Cambios en la forma habitual de ser y de conducirse (suspicaz, irritable con baja tolerancia a la frustración, excesivamente dependiente, aislamiento).
Alteraciones	En la esfera sexual.
Parámetros psicofisiológicos	Parámetros de activación autonómica.

Fuente: Robles y Medina, 2008, pp.66-67.

6. Escala de Trauma de Davidson (DTS).

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace,
17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____ | ____ | ____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta:

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

Frecuencia Gravedad

0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?		
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)		
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		

12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?		
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

7. Escala de Impacto de Evento (IES)

Escala de Impacto de Evento

M. Horoviltz, Dpto. de Psiquiatría, Universidad de California en San Francisco

Nombre _____ Ocupación _____
 En el año _____ tuve la siguiente experiencia de vida _____

Abajo hay una lista de comentarios que hace la gente que ha pasado por una situación de vida estresante. Por favor chequeé cada uno de ellos e indique con qué frecuencia estos comentarios fueron verdad para Ud. en los últimos siete días. Si no ocurrieron durante ese período, marque "nunca".

	FRECUENCIA			
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
1. He pensado acerca de ello sin quererlo.				
2. Logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.				
3. Traté de borrarlo de mi memoria.				
4. Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecía en la mente.				
5. Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.				
6. Soñé acerca de ello.				
7. Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordaba.				
8. Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.				
9. Traté de no hablar acerca del tema.				
10. Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.				
11. Otras cosas me hacían pensar en ello una y otra vez.				
12. Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.				
13. Traté de no pensar acerca de ello.				
14. Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos referentes al hecho.				
15. Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.				

Interpretación de la prueba:

La Escala de Impacto de Evento (IES) se clasifica de la siguiente forma:

- 0 puntos para la columna "NUNCA"
- 1 punto para la columna "RARA VEZ"
- 3 puntos para la columna "A VECES"
- 5 puntos para la columna "A MENUDO"

Horowitz (1979) encontró que la clasificación promedio para las personas que experimentaron una situación traumática es de 44 puntos. Wayne Comell, Director de Asistencia para el Empleado del Departamento de Salud y Bienestar, Canadá, Randall Beaton, Ph. D. Profesor de Psicología Psicológica en la Universidad de Washington y Roger Solomon, Ph. D. Departamento de Psicología de los Patrulleros del Estado de Washington sugieren que la Escala de Impacto (IES) puede ser interpretada de acuerdo a la siguiente evaluación:

- 0-8 rango SUB CLÍNICO
- 9-25 rango LEVE
- 26-43 rango MODERADO
- 43 o más rango SEVERO

Se sugiere que un resultado de 26 sea el punto de interceptación para considerar una reacción clínicamente significativa. Sin embargo, tomar solamente el IES no es válido para un diagnóstico de PTSD, ni evalúa necesariamente la habilidad de funcionar de la persona. Puede ser útil para evaluar el progreso terapéutico a lo largo del tiempo.

El IES puede ser subdividido en una escala de intrusión (ítems 1, 4, 5, 6, 10, 11, 14) y una escala de evitación (ítems 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15).

8. Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE).

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

Nombre _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás.	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos como me sentía.	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia.	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).	0	1	2	3	4

15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema.	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas.	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema.	0	1	2	3	4
27. Hablé con mis amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente.	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos.	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité	0	1	2	3	4

manifestar más sentimientos.					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.	0	1	2	3	4

Corrección de la prueba

Se suman los valores marcados en cada ítem según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FPS):	1	8	15	22	29	36
Autofocalización negativa (AFN):	2	9	16	23	30	37
Reevaluación positiva (REP):	3	10	17	24	31	38
Expresión emocional abierta (EEA):	4	11	18	25	32	39
Evitación (EVT):	5	12	19	26	33	40
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6	13	20	27	34	41
Religión (RLG):	7	14	21	28	35	42

9. Cuestionario de Reacciones de Estrés agudo de Stanford.

Stanford Acute Reaction Questionnaire, SASRQ.
Carderña et al. (1996, 2000)

Usted se encuentra en una situación de incertidumbre respecto a _____.
Por favor describa en qué medida le ha afectado o impactado esta situación en la última semana (últimos siete días). Describa brevemente, en este espacio, los aspectos de esta situación que le resultaron más perturbadores.

--

Señale ahora en qué medida le resulta perturbadora esta situación. Marque con una equis "X" sólo una opción.

<i>En absoluto</i>	<i>Un poco perturbadora</i>	<i>Bastante perturbadora</i>	<i>Muy perturbadora</i>	<i>Extremadamente perturbadora</i>
--------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------------

Instrucciones

A continuación hay una lista de reacciones que algunas personas experimentan durante o después de una situación perturbadora. Por favor, lea cada frase y decida en qué medida describe su experiencia durante y/o después de la situación que describió arriba. Marque la opción que mejor describe su experiencia.

Lo experimenté:

0 <i>Nunca</i>	1 <i>Muy rara vez</i>	2 <i>Rara vez</i>	3 <i>De vez en cuando</i>	4 <i>Con frecuencia</i>	5 <i>Con mucha frecuencia</i>
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---

1. Me resultaba difícil dormir o quedarme dormido(a).	0	1	2	3	4	5
2. Me sentía inquieto(a).	0	1	2	3	4	5
3. Perdía la noción del tiempo.	0	1	2	3	4	5
4. Reaccionaba con lentitud.	0	1	2	3	4	5
5. Intentaba evitar las emociones relacionadas con la situación.	0	1	2	3	4	5
6. Tenía pesadillas frecuentes sobre la situación.	0	1	2	3	4	5
7. Me sentía extremadamente angustiado(a) cuando experimentaba acontecimientos que me recordaban lo sucedido.	0	1	2	3	4	5
8. Cualquier cosa me sobresaltaba.	0	1	2	3	4	5

9. Me era difícil trabajar o hacer las cosas que tenía que hacer.	0	1	2	3	4	5
10. No tenía la sensación de ser quien habitualmente soy.	0	1	2	3	4	5
11. Intentaba evitar actividades que me recordaran lo sucedido.	0	1	2	3	4	5
12. Estaba continuamente al acecho o nervioso.	0	1	2	3	4	5
13. Me sentía como si fuera un(a) desconocido(a).	0	1	2	3	4	5
14. Trataba de evitar conversaciones relacionadas con la situación.	0	1	2	3	4	5
15. Mi cuerpo reaccionaba cuando percibía algo que me recordaba lo sucedido.	0	1	2	3	4	5
16. Me era difícil recordar detalles importantes de la situación.	0	1	2	3	4	5
17. Trataba de evitar pensar en lo sucedido.	0	1	2	3	4	5
18. Las cosas que veía parecían distintas a como realmente son.	0	1	2	3	4	5
19. En varias ocasiones tuve recuerdos no deseados sobre lo sucedido.	0	1	2	3	4	5
20. Me sentía distante de mis propias emociones.	0	1	2	3	4	5
21. Estaba irritable o tenía arranques de ira.	0	1	2	3	4	5
22. Evitaba tener contacto con personas que asociaba a la situación.	0	1	2	3	4	5
23. Repentinamente actuaba o me sentía como si la situación ocurriese de nuevo.	0	1	2	3	4	5
24. Mi mente se quedaba en blanco.	0	1	2	3	4	5
25. No podía recordar periodos prolongados de la situación.	0	1	2	3	4	5
26. La situación me ha causado problemas en mis relaciones con los demás.	0	1	2	3	4	5
27. Tenía dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	5
28. Me sentía distanciado/a o desconectado/a de otras personas.	0	1	2	3	4	5
29. Tenía una sensación intensa de que la situación iba a ocurrir de nuevo.	0	1	2	3	4	5
30. Trataba de evitar lugares que me recordaran lo sucedido.	0	1	2	3	4	5

Por último, ¿Cuántos días tuvo los síntomas mencionados arriba? (marque con una equis "X" la respuesta)

<i>Ninguno</i>	<i>Uno</i>	<i>Dos</i>	<i>Tres</i>	<i>Cuatro</i>	<i>Cinco o más</i>
----------------	------------	------------	-------------	---------------	--------------------

10. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT)

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999)

Traducción de Paulina Paz Rincón González y Francisco Javier Labrador Encinas

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de maltrato. A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Estoy Totalmente en Desacuerdo | 5. Estoy Levemente de Acuerdo |
| 2. Estoy Muy en Desacuerdo | 6. Estoy Muy de Acuerdo |
| 3. Estoy Levemente en Desacuerdo | 7. Estoy Totalmente de Acuerdo |
| 4. Me es Indiferente | |

Lea atentamente:

1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.	1	2	3	4	5	6	7
2. No confío en que haré las cosas bien.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil.	1	2	3	4	5	6	7
4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en las personas.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerta interiormente.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedes saber quién te hará daño.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy una persona incompetente.	1	2	3	4	5	6	7
13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5	6	7

15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso.	1	2	3	4	5	6	7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Permanentemente he cambiado a peor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona.	1	2	3	4	5	6	7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación.	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento apartada y aislada de otros.	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro.	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.	1	2	3	4	5	6	7
27. Las personas no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma.	1	2	3	4	5	6	7
29. Como persona hay algo equivocado en mí.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora.	1	2	3	4	5	6	7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.	1	2	3	4	5	6	7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento.	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto.	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible.	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno.	1	2	3	4	5	6	7

11. Inventario de Riesgo Suicida de Beck.

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)

(Beck, Kovacs y Weissman, 1979)

(Traducida por: S González, A Díaz, S Ortiz, C González, y JJ González, abril de 2000)

Identificación _____ Fecha _____

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I- Características de la actitud hacia la vida/muerte

1. Deseo de vivir:

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (débil)
- 2. Ninguno (no tiene)

4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio:

- 0. Ninguno
- 1. Poco (débil)
- 2. Moderado a fuerte

2. Deseo de morir:

- 0. Ninguno (no tiene)
- 1. Poco (débil)
- 2. Moderado a fuerte

5. Intento pasivo de suicidio:

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

3. Razones para vivir/morir:

- 0. Vivir supera a morir
- 1. Equilibrado (es igual)
- 2. Morir supera a vivir

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0", deje de contestar el cuestionario.

II- Características de los pensamientos/deseos

6. Duración de la ideación - deseo suicida:

- 0. Breves, periodos pasajeros
- 1. Periodos largos
- 2. Continuos (crónicos) casi continuos

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
- 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen

7. Frecuencia del suicidio:

- 0. Rara (ocasionalmente)
- 1. Intermitente
- 2. Persistentes y continuos

Si existieran factores disuasorios, indicarlos:

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente; indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo:

- 0. Tiene sentido de control
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control

11. Razones para pensar/desear el intento suicida:

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas

III- Características del Proyecto de Intento

12. Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida:

- 0. Sin considerar
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
- 2. Detalles elaborados/bien formulados

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:

- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
- 1. No está seguro de tener valor
- 2. Está seguro de tener valor

13. Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:

- 0. Método no disponible, no oportunidad
- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
- 2. Método y oportunidad disponible
- 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método

15. Expectativa/anticipación de un intento real:

- 0. No
- 1. Sin seguridad, sin claridad
- 2. Sí

IV- Realización del Intento Projectado

16. Preparación real:

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (por ejemplo empezando a reunir píldoras)
- 2. Completa (por ejemplo píldoras conseguidas, pistola cargada)

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos):

- 0. No
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales
- 2. Terminados

17. Nota suicida:

- 0. Ninguna
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar
- 2. Escrita, terminada

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Revela las ideas con reserva
- 2. Encubre, engaña, miente

V- Factores de Fondo**20. Intentos previos de suicidio**

- 0. Ninguno
- 1. Uno
- 2. más de uno

21. Intención de morir asociada al último intento

- 0. Baja
- 1. Moderada; ambivalente, insegura
- 2. Alta

Puntuación Total: _____

Actitud ante la vida/muerte: _____

Pensamientos/deseos suicidio: _____

Proyecto de intento: _____

Intento proyectado: _____

12. Protocolo de Referencia.

Brigada de Apoyo Psicosocial ante Situaciones de Desastres y Emergencias

Universidad de Costa Rica

Protocolo de Referencia

Nombre:				Identificación:	
Edad:		Sexo:	F	M	Teléfono:
Ubicación:	Casa		Dirección:		
	Albergue				
	Temporal				
Institución a la se refiere:					
Motivo de referencia:					
Referido por:				Fecha:	___ / ___ / _____

13. Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños de 6 años y menores.

Trastorno de Estrés Postraumático Criterios para niños de 6 años y menores

Criterio A. En los niños de 6 años o menos, la exposición a la muerte real o amenaza, lesiones graves o la violencia sexual en una (o más) de las siguientes maneras:

1. La experiencia directa con el evento(s) traumático.
2. Ser testigo, en persona, el evento(s) que se le ocurrió a otros, especialmente a los cuidadores primarios. **Nota:** Ser testigo no incluye eventos que son presenciados sólo en los medios de comunicación electrónicos, la televisión, películas o fotografías.
3. Al enterarse de que el acontecimiento(s) traumático ocurrió a un padre o una figura de cuidado.

Criterio B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con el evento traumático(s), comenzando después del evento traumático(s) ocurrió:

1. Recurrente, involuntario y recuerdos intrusos que provocan malestar del evento traumático(s). **Nota:** los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no aparecer necesariamente preocupante, y puede ser expresado como un juego recreación.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y / o afectan el sueño están relacionados con el acontecimiento traumático(s). **Nota:** Puede que no sea posible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el evento traumático.
3. Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas), en el que el niño se siente o actúa como si el acontecimiento traumático(s) se repiten. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de ser una completa pérdida de la conciencia de los actuales entornos.) Tal reconstrucción del trauma-específico puede ocurrir en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento(s) traumático.
5. Reacciones fisiológicas marcadas a recordatorios del evento(s) traumático.

Criterio C. Uno (o más) de los siguientes síntomas, que representan ya sea evitación persistente de estímulos asociados con el evento(s) traumático o alteración negativa en las cogniciones y el estado de ánimo asociados con el evento traumático(s), deben estar presentes, comenzando después del evento(s) o empeoramiento después del evento(s).

Evitación persistente de estímulos

1. Evitar el o los esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que motivan recuerdos del evento traumático(s).
2. Evitar el o los esfuerzos para evitar la gente, conversaciones o situaciones interpersonales que motivan recuerdos del evento traumático(s).

Las alteraciones negativas en cogniciones

3. El importante aumento de frecuencia de los estados emocionales negativos (por ejemplo, miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).

4. Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas, incluyendo la constricción de juego.
 5. Socialmente retirado comportamiento.
 6. La reducción persistente en la expresión de las emociones positivas.
-

Criterio D. Las alteraciones en la excitación y reactividad asociada con el evento(s) traumático, a partir de o empeoramiento después del evento(s) traumático producido, como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:

1. Comportamiento irritable y arranques de ira (con poca o ninguna provocación) expresan típicamente como una agresión verbal o física hacia personas u objetos (incluyendo berrinches extremos).
 2. Hipervigilancia.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas con la concentración.
 5. Los trastornos del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o mantener el sueño dormido o agitado).
-

Criterio E. La duración de la perturbación es más de 1 mes.

Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las relaciones con los padres, hermanos, compañeros, u otros cuidadores o con la conducta escolar.

Criterio G. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos o alcohol) u otra condición médica.

Especificar si: **Con síntomas disociativos:** síntomas del individuo cumplen con los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y el individuo experimenta síntomas recurrentes persistentes de cualquiera de los siguientes:

Despersonalización: experiencias persistentes o recurrentes de sensación separada de, y como si uno fuera un observador externo de los procesos o el cuerpo (por ejemplo mentales de uno, sintiendo como si uno fuera en un sueño, con una sensación de irrealidad del yo o del cuerpo o de tiempo moviéndose lentamente).

Desrealización: experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, onírico, distante, o distorsionada). **Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, los apagones) u otra condición médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas).

Especificar si: **Con retraso en la expresión:** si no se cumplen los criterios diagnósticos, hasta por lo menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos de los síntomas pueden ser inmediatos).

14. Procedimiento Básico de la Relajación Progresiva.

Póngase en una posición cómoda y relájese.

Ahora cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte, observando la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora tensión que sentía hace unos segundos.

Repita de nuevo el proceso, pero esta vez con la mano izquierda y, por último, hágalo con las dos manos a la vez.

Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia.

Repita este ejercicio y los sucesivos, por lo menos una vez.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda. Ahora relájese y desarrúguela. Imagínese cómo toda la piel de su frente y de su cabeza entera se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento en que se ha sentido relajado.

Ahora frunza el entrecejo e intente sentir cómo las venas se extienden por la frente. Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa. Ahora cierre los ojos y apriételos fuertemente. Observe la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente.

Ahora cierre la mandíbula, apretando con fuerza; note la tensión que se produce en toda la zona. Relájela. Una vez relajada, notará que los labios están ligeramente separados. Aprecie el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación.

Ahora apriete la lengua contra el techo de la boca, es decir, contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese. Ahora apriete los labios haciendo con ellos una "O". Relájelos. Observe cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están, en este momento, relajados.

Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, si hacerle daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Gírela hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el foco de tensión; gírela ahora hacia la izquierda.

Enderece la cabeza y muévala ahora hacia delante, apretando la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural.

Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos. Relájelos. Ahora bájelo y sienta cómo la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros. Relajación pura, más y más profunda.

Dé a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire los pulmones. Sostenga la respiración.

Observe la tensión que se produce. Ahora espire haciendo que el tórax se deshinche y relaje, dejando que el aire vaya saliendo poco a poco.

Continúe relajándose haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Repita esto varias veces, observando cómo la tensión va desapareciendo de su cuerpo a medida que el aire va siendo espirado.

Ahora tense el estómago y manténgalo así. Nota la tensión y luego relájese. Ahora coloque una mano en esta región. Respire profundamente apretando la mano contra la pared del estómago. Aguante y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire.

Ahora arquee la espalda sin llegar a hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda. Ahora relájese más y más profundamente.

Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia.

Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Relájese.

Ahora extienda con fuerza los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez.

Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se va haciendo profunda. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas.

Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Fuente: Davis, McKay y Eshelman, 2002, pp. 39-41.

15. Trabajar con diferentes narrativas.

a) Narrativas de tristeza

Facilitar a la persona hablar de sus sentimientos, requiere de una relación incondicionalmente positiva, ausente de críticas y en la que la persona se sienta capaz de expresar sentimientos de cualquier índole.

- Animar a continuar hablando mediante el silencio, expresiones como “sí”, “ajá”, “entiendo”. Mediante la actitud no verbal de escucha atenta, contacto visual.
- Reflejar los sentimientos que la otra persona está comunicando.
- Articulación experiencial: facilitar y vincular palabras y afectos. Por ejemplo utilizar expresiones “verlo todo negro” y estar “bajo de ánimo” para referirse a la tristeza o “sentirse frustrado” y “furioso” para referirse al enojo.
- Conectar sentimientos con los pensamientos o contextos donde se dan.
- Señalar aspectos de la comunicación no verbal de la persona: “parece que se emociona al hablar de...” y utilizar la propia expresión de sentimientos.
- Suscitar temas interpersonales clave, por ejemplo miedo al abandono, el aislamiento.
- Ayudar la expresión de sentimientos considerados negativos como ira, enojo.

Atender a la autoestima: tratar con respeto y dignidad a la persona.

- Explorar la opinión que la persona tiene de sí misma.
- Preguntar por situaciones previas desencadenantes de ataque a la autoestima y explicitarlos.
- Captar situaciones que nos permitan devolver a la persona una imagen de sí misma como valiosa.
- Buscar situaciones relacionales que hayan cuestionado la autoestima de la persona, especialmente de las personas significativas de su vida.

Señalar circunstancias impactantes de la vida de la persona e indicar su posible relación con la situación actual: las circunstancias impactantes que anteceden la tristeza suelen ser pérdidas de relaciones u objetos significativos o de la identidad de la persona.

Explorar ideas o deseos de suicidio u otra forma de daño.

b) Narrativas de autodestrucción

- Alentar la expresión de sentimientos.
- Revisar conjuntamente el inicio del deseo de hacerse daño, buscar las pistas acerca de la pauta problema que esconde ese deseo.
- Buscar la emoción que lo suscita y trabajar con ella.
- Ir hacia atrás en la emoción, buscar la pauta en la biografía, evocar secuencias del pasado que resuenen con la emoción.
- Ir hacia los lados con la emoción, buscar la pauta desde la situación relacional actual.

- Suscitar relatos alternativos que excluyan la emoción de sufrimiento que emergió en los escenarios de los dos puntos anteriores.
- Volver con el conocimiento de la vida de la persona y su forma de afrontar las situaciones consonantes a la escena actual. Ayudar a incorporar posibles soluciones o suscitar interrogantes sobre la existencia de un solo camino para solucionar el problema.
- Demostrar interés genuino por el conflicto de la persona.
- Discutir las consecuencias de un posible acto suicida.
- Acordar un aplazamiento del acto suicida.
- Prever lo que la persona hará las próximas horas o días.
- Conectar con la red de apoyo familiar o social para disminuir riesgos.
- Proponer una ayuda psicoterapéutica posterior (referencia).

c) Narrativas de rabia

La rabia puede manifestarse como enojo o irritación, pero puede transformarse en ira, furia y dificultar las posibilidades de ayuda. Los objetivos inmediatos están presididos por: la tranquilización y conseguir dejar la rabia a un lado para dirigirse directamente a los sentimientos y situaciones que la suscitan. Además algunas pautas para el trabajo con narrativas de rabia son:

- Facilitar la expresión verbal del sentimiento de enfado o rabia.
- Buscar posibles activadores o sucesos precipitantes de la emoción.
- Conectar la narrativa verbal con la experiencia corporal de la rabia para facilitar el reconocimiento y expresión de la rabia así como la aceptación de ésta como un sentimiento propio.
- Ir atrás con la emoción: buscar la pauta en la biografía y evocar secuencias que resuenen con la emoción.
- Discutir las posibles consecuencias del paso a un acto agresivo hacia otras personas.
- Suscitar relatos alternativos que excluyan la emoción de sufrimiento que emergió, en otros escenarios ya sean pasados o actuales.
- Volver con el conocimiento sobre la vida de la persona y sus formas de afrontamiento ante situaciones consonantes a la escena actual. Incorporar posibles soluciones o suscitar la interrogante ante la propuesta de un solo camino (el del paso a la actuación de la rabia).
- Demostrar interés genuino por el conflicto de esa persona.

d) Narrativas de vergüenza

Sentir vergüenza es sentirse visto de un modo dolorosamente disminuido, se relaciona con desconfianza, temor, culpa, inferioridad y aislamiento.

- Establecer una relación de confianza que aporte seguridad y experiencia emocional constructora de la aceptación del sí mismo.

- Estar atento a las señales de aparición de vergüenza, en principio pasarlas por alto para evitar una exposición emocional que suscite evitación o abandono del tratamiento. Posteriormente pueden utilizarse para reforzar el discurso. Algunos indicadores son: bajar la mirada, silencios, dificultad para la expresión emocional, sonrojarse.
- Reconocimiento explícito y legitimación del sentimiento de vergüenza cuando surge durante la entrevista.
- Identificación de las escenas de vergüenza basadas en relaciones interpersonales.
- Observación de diálogos internos que la persona mantenga consigo misma y que refuerzan la narrativa.
- Reconocimiento de la autonarrativa que sostiene la vergüenza como un guión protector de la persona de otras narrativas que podrían suscitar emociones más dolorosas.
- Ir atrás con la emoción: buscar la pauta en la biografía y evocar secuencias que resuenen con la emoción.
- Ir hacia los lados con la emoción: buscar la pauta desde las relaciones actuales.
- Suscitar relatos alternativos que permitan incluir la reconciliación con ese sí mismo humillado y avergonzado.
- Afianzar narrativas de autoafirmación.

e) Narrativas de miedo

Generalmente se presentan crisis de pánico o fobias que limitan el funcionamiento vital.

- Ayudar a identificar la emoción como angustia o miedo ante algo, ponerle un nombre a aquello que le está ocurriendo para disminuir la angustia.
- Buscar activadores o sucesos precipitantes.
- Conectar, a través de la emoción con la posible situación activadora.
- Explicitar la escena temida con el mayor número de detalles evocadores de la emoción posibles.
- Reconocer la autonarrativa que sostiene el miedo como un guión protector de la persona ante otras narrativas que suscitarían emociones más dolorosas.
- Ir atrás con la emoción: buscar la pauta en la biografía y evocar secuencias que resuenen con la emoción.
- Ir hacia los lados con la emoción: buscar la pauta desde las relaciones actuales.
- Identificación de otras emociones.
- Suscitar posibles relatos alternativos que incluyan en un mayor o menor grado la exposición a la escena temida.

f) Narrativas desde la posición de víctima

El objetivo es reducir los efectos de los recuerdos traumáticos sobre los sentimientos, pensamientos y acciones.

- Asegurar la provisión de un ambiente seguro y de las necesidades básicas para la persona y la familia.
- Revisar el acontecimiento detalladamente si la persona está dispuesta. Recontar lo ocurrido para iniciar su elaboración.
- Al referir el acontecimiento la persona se convierte en narradora, observadora de su propia experiencia y no sólo el protagonista (como hasta ahora). En este punto es muy importante observar que la persona sea revictimizada por el proceso de tratamiento, esto podría ocurrir si la persona no está preparada para confrontar sus recuerdos traumáticos.
- Identificar el primer momento en que la persona sienta que por primera vez está fuera de peligro para animarla a volver al sentimiento de seguridad.
- Trabajar las emociones de tristeza, rabia, miedo y vergüenza.
- Explorar los planes de la persona en las próximas horas o días.
- Asegurarse que el trabajo por hacer no es el olvido sino la recuperación de un recuerdo que no le ahogue y le permita seguir viviendo.
- Ayudar a colocar el suceso en el marco global de la vida de la persona, donde pueda adquirir un significado.

16. Protocolo de Informe de Intervención.

Brigada de Apoyo Psicosocial ante Situaciones de Desastres y Emergencias
Universidad de Costa Rica

Protocolo de Informe de Intervención

Evento:		Fecha:		Hora:	
Lugar:		Duración:			
Tipo de intervención:		Individual		Visita a casa	
		Grupal		Comunitaria	
Población:		Agentes comunitarios		Equipos de primera respuesta	
		Maestros		Niños y niñas	
		Padres/madres de familia		Adultos mayores	
		Comité local de emergencias		Afectados directos	
		Otros:			
Actividad realizada:		Informativa/ Orientativa		PAP o Apoyo Emocional	
		Capacitación		Terapéutica	
Alcances de la intervención:					

Limitaciones de la intervención:		
Seguimiento:		Brigada:
		Otra institución:
Acciones por realizar:		
Persona que realizó la intervención:		

17. Protocolo de Informe de Atención de Casos.

Brigada de Apoyo Psicosocial ante Situaciones de Desastres y Emergencias
Universidad de Costa Rica

Protocolo de Informe de Atención de Casos

Evento:			Triage:		
Lugar:		Fecha:		Hora:	
Tipo de intervención:		Individual		Visita a casa	
Nombre:		Edad:		Sexo:	
				M	F
				M	F
				M	F
				M	F
Ubicación:	Casa	Dirección:			
	Albergue				
	Temporal				
Teléfono:					
Actividad realizada:		Informativa/ Orientativa		PAP o Apoyo Emocional	
		Capacitación		Terapéutica	
Reacciones ante el evento:					

Consecuencias del evento:			
Estado de salud mental y física ANTES del desastre:			
Factores de riesgo:		Factores protectores:	
Otras situaciones que le afecten:			
Redes de apoyo		Sí	¿Cuáles?
		No	
Seguimiento:			Brigada:
			Otra institución:
Acciones por realizar:			
Persona que realizó la intervención:			

18. Documentos de apoyo para la intervención.

A continuación se presentan los textos de referencia utilizados para las pautas de intervención, para ser consultados en caso de querer profundizar o ampliar la información contenida en el manual.

- Abueg, F., y Young, B. (2008) *Terapia cognitivo-conductual para los desastres: primeras ayudas psicológicas, relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y exposición directa*. En: Caballo, V. (Comp) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Vol.2. Madrid: Siglo XXI.
- Arguello, C. (2007) *Abordaje psicosocial con personas adultas mayores desde la experiencia de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Emergencias y Desastres*. *Wímb lu, Revista electrónica de estudiantes*, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, 2(1): 9-20.
- Baloian, I., Chia, E., Cornejo, C. y Paverini C. (2007) *Intervención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres: Guía para el Primer Apoyo Psicológico*. Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior, Chile.
- Beristain, C. (2000) *Apoyo Psicosocial en Catástrofes Colectivas: De la Prevención a la Reconstrucción*. Caracas: Comisión De Estudios De Postgrado, Universidad Central de Venezuela.
- Bryce, C.P. (2001). *Stress management in disasters*. Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C.
- Caballero, D. (Ed) (2006) *Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Paz, Bolivia.
- Camacho, S. y Ramírez, C. (2005) *Estrategia de intervención psicológica en niñas y niños a partir de la percepción de riesgo por desastres y su impacto psicológico*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Cruz Roja Ecuatoriana (2008) *Manual de Apoyo Psicosocial para el Voluntario Promotor Comunitario*. Quito.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. (2009) *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: MR Ediciones.
- Dattilio, F. y Freeman, A. (1994) *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. Guilford Publications: USA. Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (2002) *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Ehrenreich, J. (1999) *Enfrentando el desastre: Una guía para la intervención psicosocial*. Salud Mental Sin Fronteras, Nueva York.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2001) *Controlar el Estrés sobre el Terreno*. Ginebra, Suiza.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002) *Intervención en Crisis*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Follete V. y Ruzek, J. (2006) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. The Guilford Press. New York.
- Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. (2010) *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud?* Ginebra.
- Inter-Agency Standing Committee (2007) *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra.

- Maroto, A. (2003) *Elaboración de una propuesta teórico-metodológica para la intervención psicosocial en los procesos de elaboración del duelo en situaciones de desastre*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009) *Primeros Auxilios Psicológicos*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Martínez, O., Escobar, D., Ramírez, J., Panameño, O., Estrada, S. (2001). *Manual de Intervención Psicosocial en Situaciones de Desastres*. Centro de Investigación, Desarrollo y Enseñanza de Permacultura CIDEP: San Salvador.
- Mc Quiddy, E. (2006) *Niños y niñas después de un desastre, guía de intervención psicoafectiva dirigida a personal no especializado en salud mental*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta*. Washington D.C.; Estados Unidos.
- Pastoral Social-Caritas de Costa Rica (2011) *Manual de Gestión del Riesgo de Desastres*. Secretariado Ejecutivo de Pastoral Social-Caritas e la Conferencia Episcopal de Costa Rica.
- Pataki, G., Stone, J. y LeViness, J. (2001) *Guía de consejería de crisis para niños y familias en caso de desastres*. U.S. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.
- Pérez, P. (2006) *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Proyecto Esfera (2004) *Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*. El Proyecto Esfera. Ginebra, Suiza.
- Robles, J. y Medina, J. (2002) *Intervención Psicológica en las Catástrofes*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Rodríguez, J. (2004) Capítulo 5: Aspectos psicológicos. En Organización Panamericana de la Salud *Manejo de Cadáveres* (pp. 119- 139). Washington D.C., Estados Unidos de Norteamérica.
- Rodríguez, J. (Ed) (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica.
- Sánchez, A. (2007) *Manual de Psicología Comunitaria: Un Enfoque Integrado*. Pirámide: Madrid.
- Save the Children. (2007) *Protección de la Infancia en Emergencias. Prioridades, principios y prácticas*. La Alianza Internacional Save the Children. Grafox Imprenta S.L.: Toledo.
- Slaikeu, K. (1999) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. Manual Moderno: México D.F.
- Valero, S. (2002). *Psicología en Emergencias y Desastres*. Editorial San Marcos: Lima.
- Valero, S. (2001a). *Ayudando a ayudar. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta*. Lima, Perú.
- VVAA. (2005) *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencia y desastres*. Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.

19. Código de conducta de la Brigada

El equipo de la Brigada al formar parte de la Universidad de Costa Rica enmarca todas sus intervenciones dentro de las normativas disciplinarias propias de la Universidad, de forma que sus brigadistas voluntarios representan a la institución en todas sus acciones, por tanto su comportamiento debe ser altamente ético, profesional y respetuoso, en todas las circunstancias. Por ello la Brigada desarrolló un código de conducta propio que detallamos a continuación:

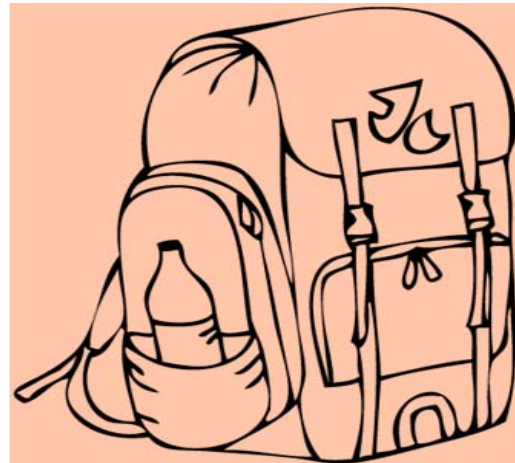
- Portar uniforme completo y en buen estado.
- Portar la identificación de la brigada con la foto y la información completa.
- En caso de permanecer varios días en la comunidad, el tiempo para ducharse en la mañana debe ser limitado por consideración a los demás y porque se cuenta con un tiempo determinado para que todos los miembros estén listos.
- Dormir el número de horas que el cuerpo necesita para descansar.
- Participar de los espacios de descarga emocional y autocuidado luego del trabajo, que incluye el descanso y ocio para contribuir a nuestra propia salud mental.
- Evitar exponerse a riesgos innecesarios así como a lugares de alto riesgo.
- Es importante no alejarse del grupo o pareja sin avisar a dónde va o no mantenerse en contacto con la persona coordinadora del trabajo en comunidad (la cual debe saber dónde están todas y cada una de las personas de la brigada).
- No consumir alcohol o fumar cuando se está trabajando o cuando se porta el uniforme.
- Trabajar en conjunto con el resto del equipo de la Brigada antes, durante y después de los eventos.
- Algunos aspectos que se deben evitar son:
 - Defender los derechos de esta población de una manera conflictiva, violentando a otras personas.
 - Recaudar fondos para las actividades de socorro en casos de desastre.
 - Cambiar dinámicas comunitarias fuera de la temática de desastre.
 - Subestimar los recursos de la comunidad y creer que únicamente se pueden trabajar con los recursos de la brigada obviando los recursos de la comunidad.
 - Utilizar anteojos oscuros a menos que sea estrictamente necesario. Esto genera una barrera al contacto visual y las interacciones cara a cara son fundamentales.
 - Conflictos de pareja en el trabajo de campo, ya que al estar en la Brigada, la relación de pareja y las relaciones familiares pasan a un segundo plano, en la medida de lo posible no debe interferir en el trabajo a realizar ni en la dinámica.
 - Generar conflictos interpersonales, menospreciar, insultar, hablar a las espaldas, y/o “serruchar pisos” es inaceptable.
 - Establecer relaciones sentimentales o sexuales con algún miembro del equipo está prohibido, ya que esto puede generar tensión en la dinámica del equipo; o con algún miembro de la comunidad, dado que puede provocar dificultad de credibilidad del trabajo que se hace desde la Brigada en representación de la Universidad de Costa Rica.
 - El sobre involucramiento, es decir, mezclar sus propios sentimientos o situaciones personales debe evitarse. Acepte sus limitaciones al ayudar a otras personas: No trate de ser de todo para las personas, habrá mucho de lo que quisiera hacer en un desastre

y que está más allá de sus fuerzas y habilidades. Una razonable y sincera apreciación de sí mismo es parte muy importante de su preparación para prestar primeros auxilios psicológicos. Un trabajador de primeros auxilios físicamente herido puede continuar haciendo un buen trabajo curando las heridas de los accidentados. Pero si está emocionalmente “herido” tendrá grandes limitaciones para proveer ayuda a otros.

20. ¿Qué llevar a las intervenciones con la Brigada?

Siempre es mejor llevar todos los materiales que pueda necesitar para las intervenciones así como documentos de identificación y artículos personales, algunos de los más importantes son:

- ✓ Mochila.
- ✓ Materiales para el trabajo en comunidad (papel, cartulina, pilots, goma, tijeras, títeres, lápices de color, etc.).
- ✓ Números de otras personas.
- ✓ Bitácora de campo
- ✓ Carné de identificación de la Brigada.
- ✓ Cédula o documentos de identificación.
- ✓ Ropa cómoda y adecuada al clima de la zona.
- ✓ Botas.
- ✓ Foco.
- ✓ Repelente.
- ✓ Gorras.
- ✓ Capas.
- ✓ Protector solar.
- ✓ Alcohol en gel.
- ✓ Toallas húmedas.
- ✓ Agua.
- ✓ Botiquín.
- ✓ Celular.
- ✓ Medicamentos personales.
- ✓ Medias y ropa extra.
- ✓ Alimentación personal (sobre todo si tiene una condición de salud en la cual debe comer a horas específicas).





UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Ψ Escuela de
Psicología

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

A partir de la realización del presente trabajo final de graduación se puede concluir que existe una gran cantidad de material elaborado a nivel internacional tanto de manuales, guías, libros, artículos científicos, los cuales han guiado las labores de las instituciones y organizaciones nacionales en la atención en desastres, lo que favorece a la unificación de pautas y protocolos de atención en desastres.

La atención psicosocial en desastres es un campo que continúa en constante desarrollo y es importante resaltar su crecimiento y principalmente cambio de paradigma, que aún sigue siendo un reto, comprender que las situaciones de desastres tienen un alto nivel de impacto en el desarrollo comunitario de las poblaciones y que va más allá de la atención asistencialista que se le brinda a las personas afectadas.

Así mismo la Comisión Nacional en Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) ha estado realizando un esfuerzo importante por incorporar la atención psicosocial como parte de un modelo integral de intervención, dentro del cual ha estado recogiendo y uniendo las iniciativas de diversas instituciones para promover la coordinación de las intervenciones en las situaciones que se atienden.

Existen algunos vacíos con respecto a la atención de ciertas poblaciones vulnerables. Por ejemplo, hay muy poca información sobre la atención a las personas migrantes en desastres, no existen un marco de intervención que les asegure sus derechos y el acceso a los servicios de emergencia, usualmente se exponen a revictimizaciones. Así mismo, se habla muy poco a nivel teórico de cómo diferenciar o adecuar la atención por

género, cuando a nivel de experiencia se destacó la importancia de desarrollar intervenciones según las necesidades particulares de los hombres y las mujeres y de la población LGBT.

En el manual se propone un marco general de intervención, aunque reconocemos que la diversidad de teorías en psicología permite abordajes diferentes. Es parte del trabajo a futuro la construcción de puentes teóricos y el reconocimiento de otros aportes para el enriquecimiento del trabajo siempre y cuando se tengan claros los objetivos de la intervención.

Se encontraron una serie de esfuerzos recientes desde el área cognitivo conductual para la intervención en situaciones de emergencia y desastre, mediante los cuales se ha demostrado la efectividad de las técnicas de este modelo para la atención del estrés agudo y diversas situaciones de trauma. Sin embargo, se reconoce que para las intervenciones tempranas se deben elaborar modificaciones a algunas de las terapias o procedimientos específicos que se adapten a las condiciones ambientales y personales.

Se reconoce la importancia del enfoque de derechos en la atención de desastres, ya que posibilita equilibrar los esfuerzos en la intervención en desastres para que todos los y las miembros de la comunidad puedan acceder según sus necesidades particulares a los recursos mínimos para su recuperación psicosocial.

Dicho enfoque es una temática transversal en el trabajo que realiza la Brigada, propuesto por la comunidad internacional, ya que se reconoce que los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para la reconstrucción no solo de sus medios de subsistencia así como de una plena recuperación psicosocial. Reconociendo a las personas menores de edad y adultos mayores, personas migrantes, personas en condición de

discapacidad y la temática de género como poblaciones sensibles a partir de la literatura como de la experiencia de los(as) profesionales consultados en la atención en desastres.

Como parte de la intervención psicosocial se reconoce que la salud mental en desastres no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, deber ser amplia y dimensionar se más allá del evento originador, debe estar centrada está en lo preventivo, en la promoción, de condiciones de vida que permitan el desarrollo pleno de las personas, es claro que no excluye la atención, el tratamiento y la rehabilitación, pero va más allá de la ausencia de enfermedad o trastorno.

Se resalta la importancia de los procesos de educación popular y psico-educación en la intervención en desastres, dado que permite aclarar las dudas que le surgen a las personas en diversas áreas: como su recuperación psicosocial, surgimiento del desastre, reacciones normales ante el desastre, tanto a nivel personal como grupal.

Se reconoce la alta relevancia de los programas de formación para voluntarios(as) brigadistas, dado ya que solo con la formación previa, el ensayo de intervención, la capacitación en procedimientos y la identificación de estrategias de autocuidado, las(os) brigadistas son capaces de hacer frente ante las demandas de la labor en desastres, las cuales sin una preparación previa pueden serle muy desgastantes.

Se resalta la importancia del modelo multiparadigmático en el currículo de la Escuela de Psicología. Dado que este resultó base para la integración de los diversos modelos teórico-prácticos incorporados dentro del presente trabajo final de graduación.

Se desataca como un alcance importante de esta investigación la integración de los tres pilares fundamentales de la Universidad de Costa Rica: la docencia, la acción social y la investigación. Es este trabajo, la docencia se incorporó a través del aprendizaje adquirido dentro de los cursos y módulos de la carrera de Psicología, la acción social por medio de la

labor de la Brigada en la atención psicosocial en las comunidades afectadas por un desastre y la investigación por medio del proceso de elaboración del presente trabajo de graduación.

La Brigada es una oportunidad de formación y experiencia profesional de muy alto valor para los estudiantes de la carrera de Psicología. Es un espacio de profesionalización y de aprendizaje, generando procesos de intervención de alta calidad y formando futuros profesionales. Sin embargo, existen pocas posibilidades de inserción laboral en el área de la psicología en desastres y emergencias.

2. Recomendaciones

Por último, a través de la realización del presente trabajo final de graduación se plantea la necesidad de realizar las diversas recomendaciones que puedan ser llevadas a cabo por las distintas organizaciones que trabajan en las labores de atención en desastres, para que así según sus recursos y disponibilidad pueden ejecutarse. Esta posibilidad responde a la importancia de continuar desarrollando la atención integral, interdisciplinaria e interinstitucional que caracteriza la atención psicosocial en desastres.

Recomendaciones para la investigación

- Dado que la elaboración de este manual implicó un reto y una labor exhaustiva en cuanto a la identificación y selección de la información, sistematización, recopilación e integración de diversas temáticas, se recomienda a los autores de futuros manuales o guías de atención en desastres la utilización de cuadros comparativos y fichas bibliográficas que le permitan manejar más fácilmente la cantidad de información recopilada.

- Elaborar un folleto, guía o manual sobre técnicas y recomendaciones de autocuidado para los(as) voluntarios(as) de las diversas brigadas reconocidas por la CNE.
- Generar modelos de intervención a partir de la experiencia, documentar y sistematizar las intervenciones realizadas, así como promover investigaciones dirigidas al desarrollo de nuevas técnicas de intervención en desastres.
- Realizar un estudio sobre el impacto de la tarea sobre los equipos de primera respuesta nacionales y sus reacciones ante la atención de una o varias emergencias.
- Elaborar manuales de intervención en salud mental para voluntarios(as) de otras disciplinas que trabajan en la atención de desastres, tanto en instituciones públicas como privadas.
- Indagar y difundir los esfuerzos e investigaciones que se están realizando en el tema de los derechos de la comunidad LGTB, como parte del Enfoque de Derechos, de forma que en la atención en desastres se pueda reducir la discriminación a esta población.
- Se reconoce la rigurosidad de las estrategias de intervención desarrolladas por el modelo cognitivo conductual, de igual forma se insta a profesionales con una alta formación en dicho modelos, plantear pautas de intervención en desastres que brinden aportes para el trabajo grupal y comunitario, que sean de amplia cobertura, acode a las pautas de atención en desastres propuestas por la comunidad internacional.

- Realizar la validación empírica del manual, a través de un instrumento de evaluación sobre su aplicabilidad en el momento de atención de un desastre, principalmente las estrategias y pautas de intervención, así como la facilidad para ser utilizado. Esta validación se debe realizar dentro en los posteriores cinco años a su publicación, ya que está sujeto a modificarse según los nuevos aportes teóricos y metodológicos para este campo de acción.

Recomendaciones para el trabajo de campo

- Utilizar el manual como base para las capacitaciones de futuras(os) brigadistas y como recurso para el Módulo de Psicología en Desastres y espacios de formación en atención de desastres y emergencias así como para el trabajo de campo en futuros eventos.
- Desarrollar un protocolo de atención para la población migrante en conjunto con otras organizaciones e instituciones, dado que la atención a la población migrante continua siendo un reto y es una temática que puede y debe desarrollarse más.
- Fomentar la capacitación de poblaciones en situaciones de riesgo previo a un desastre para promover la creación de capacidades instaladas en el manejo y gestión del riesgo en las comunidades. Para trabajar en la prevención y fomentar el seguimiento de las acciones realizadas.
- Contemplar en el diseño de las intervenciones una atención prioritaria para las personas de la comunidad que trabajaron en los rescates y búsquedas.
- Reconociendo que las situaciones de desastre pueden generar crisis en las dinámicas sociales, familiares y personales, se pueden hacer evidente otras situaciones que

generen malestar o sean situaciones de crisis que no han podido ser resueltas, como son las situaciones de violencia, de diversa índole, por ello se recomienda el diseño de protocolos de atención inmediata que permita garantizarle a la(s) persona(s) su seguridad psicológica y física, y mejorar de su calidad de vida.

Recomendaciones institucionales

- Se recomienda la integración de la sistematización de las múltiples labores e intervenciones realizadas por las diversas organizaciones intervinientes en la atención psicosocial en desastres, para su publicación, facilitando, a futuro, la realización de nuevas investigaciones así como propuestas de abordaje en dicho campo.
- Como parte de las capacitaciones a los(as) miembros de las diversas Brigadas reconocidas por la CNE se insta a la incorporación de entrenamientos en el manejo de estrés y ansiedad previo a salir al campo, ampliando así la capacidad de respuesta de los equipos, para así modelar este aprendizaje en los equipos de atención locales a los cuales van a brindar su apoyo.

Recomendaciones para la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica

- Se recomienda a la Escuela de Psicología continuar fortaleciendo el plan de estudios de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Psicología, a través del enfoque multiparadigmático. Este enfoque beneficia el desarrollo profesional del estudiantado, familiarizándolos con una amplia gama de posibilidades para su

profesionalización y vinculación laboral, así como la expansión las posibilidades de impacto de la Escuela en la realidad costarricense.

Recomendaciones para la Universidad de Costa Rica

- Se insta a la Universidad de Costa Rica a impulsar diferentes proyectos tanto de docencia, investigación y acción social, en los que se integren los tres pilares de la universidad. Lo que permite integrar conocimientos, aportes, fomentar la inter, multi y trans-disciplinarietà. Así como, ampliar el alcance que tiene la Universidad en las problemáticas y necesidades de la sociedad costarricense.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, K. (2004) *Manual cognitivo-conductual emocional para facilitar la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, guía para profesionales en psicología*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. }
- Abueg, F., y Young, B. (2008) Terapia cognitivo-conductual para los desastres: primeras ayudas psicológicas, relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y exposición directa. En: *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Vol.2. Madrid: Siglo XXI.
- Agüero, V. (2006) *Manual de autoayuda dirigido a padres de familia con hijos de 1-3 años con el fin facilitar el proceso de adaptación al jardín infantil por primera vez*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Amaya-Jackson, L.; Reynolds, V.; Murray, M.C.; McCarthy, G.; Nelson, A.; Cherney, M.S.; Lee, R.; Foa, E.; March, J. (2003) Cognitive-behavioral treatment for pediatric posttraumatic stress disorder: Protocol and application in school and community settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (3): 204-213.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anónimo. (2010) *El ciclo de los desastres*. Recuperado de <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc12256/doc12256.htm> el 26 de octubre del 2010.
- Araya, C.; Salas, N. (2004) *Propuesta de un manual práctico para la implementación de un programa cognitivo-conductual-emocional en el tratamiento de fobias escolares específicas*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Arguello, C. (2007) Abordaje psicosocial con personas adultas mayores desde la experiencia de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Emergencias y Desastres. *Wímb lu, Revista electrónica de estudiantes*, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, 2(1): 9-20.
- Badós, A. (2011) Terapia cognitiva de Beck. En Labrador, F. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Badás, A., García, E. (2010) *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Facultat de Psicologia, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.
- Baloian, I; Chia, E; Cornejo, C. y Paverini C. (2007) *Intervención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres: Guía para el Primer Apoyo Psicológico*. Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior, Chile.
- Barrera V. y Manero R. (2012) Intervención psicosocial en proyectos de promoción social. *Tramas* 36 (10). Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México pp. 155-176.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A. (2002) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Beristain, C. (2000) *Apoyo Psicosocial en Catástrofes Colectivas: De la Prevención a la Reconstrucción*. Caracas: Comisión De Estudios De Postgrado, Universidad Central de Venezuela.
- Blanco, M. (2008) *Propuesta de un manual cognitivo conductual emocional para la inoculación del estrés laboral dirigido a gerentes de una empresa privada costarricense*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Bolaños, J. P.; Herrera, L. (2002) *Manual de autoayuda para padres y madres de niños y niñas con fisura labio-palatina*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Bolaños, M. (2009) *Descripción de puestos de una empresa de servicios administrativos*. Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Universidad de Costa Rica.
- Bonilla, L. (2004) *Manual cognitivo conductual emocional de entrenamiento de habilidades sociales para niños preescolares dirigido a psicoterapeutas*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Brenes, A. (2007). *Aspectos cognitivos, conductuales y emocionales generadores de estrés en pilotos comerciales del Aeropuerto Internacional Tobías Bolaños Palma*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Brenson, G. (1990) *Manual de Recuperación Emocional*. Editorial EIRENE: Quito, Ecuador.
- Brookings-Bern Project on Internal Displacement. (2008) *Human Rights and Natural Disasters. Operational Guidelines and Field Manual on Human Rights Protection in Situations of Natural Disaster. Pilot version*. Washington, DC. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.refworld.org/docid/49a2b8f72.htm>
- Bryce, C.P. (2001). *Stress management in disasters*. Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C.
- Caballero, D. (Ed) (2006) *Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Paz, Bolivia.
- Calderón, R.; Sancho, A. (2005) *Manual cognitivo conductual emocional dirigido a padres de familia de pacientes diagnosticados con retinoblastoma para promover la calidad de vida*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Camacho, C.; Rodríguez, R.; Arnez, O. (2007) *Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: La Paz.
- Campos, A. (2000). Prevención de desastres. Una mirada desde la salud mental. En: *Huracán Mitch: Una mirada a algunas tendencias temáticas para la reducción del riesgo*. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, Organización Panamericana de la Salud: San José.
- Campos G., A.; Sáenz S., A. L.; Salas C., J. M. (2001) *Desastres y salud mental: una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario*. Material Mimeografiado. San José, Costa Rica.
- Campos G, A. (2007) *Así aprendemos a ser hombres*. Oficina de Seguimiento y asesoría de Proyectos OSA, S.C.: San José.

- Campos, M.; Murillo, I. (2010). *Factores cognitivos, conductuales y emocionales implicados en el estrés postraumático de pilotos aviadores que han experimentado un incidente o accidente aéreo*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Carmona, S.; Víquez, C. (2002) *Propuesta de un manual para la sensibilización y capacitación del personal docente de una institución escolar en el manejo humanizado de estudiantes que viven con VIH: dirigido al sistema de educación pública*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Carrobes, J (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En: *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 2. Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI.
- Cartín, T.; Masís, M. (2001) *Propuesta de un manual de intervención psicológica en los trastornos por consumo de crack: un abordaje desde la perspectiva cognitiva conductual emocional*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Castro, A.; Morales, M. (1997) *Propuesta de un manual para la capacitación en técnicas de modificación de conducta para el personal técnico y profesional que labora con pacientes institucionalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC). (2011) *Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR)*. Ciudad de Guatemala: Programa Regional de Reducción de la Vulnerabilidad y Degradación Ambiental, PREVDA.
- Chamey, D; Foa, E; Friedman, M. (2003) Toward Evidence-Based Early Intervention for Acutely Traumatized Adults and Children. *Society of Biological Psychiatry* vol. 53 p. 765-768.
- Charles, N; Bremner, J; Foa, E; Mayberg, H; North, C y Stein, M. (2006) Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research* 40 p. 1-21.
- Chaves, K. (2007). *Estrés en agentes de la Unidad de Intervención Policial: análisis de los síntomas, fuentes de estrés y estilos de afrontamiento*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Cohen, R. (1999) *Salud mental para víctimas de desastre. Manual para instructores*. Editorial El manual moderno: México, D.F.
- Cohen, R.; Ahearn, F. (1990) *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres*. Organización Panamericana de la Salud: México, D.F.
- Comiatato Internazionale per lo Svilupp dei Popoli CISP. (2007). *Modelo operativo de respuesta. Fortalecimiento de las capacidades locales para la reducción de riesgos y la preparación para desastres en la Costa Ecuatoriana*. Proyecto DIPECHO: Quito.
- Comisión Nacional de Prevención de Riesgo y Atención de Emergencias (CNE) (2013) *Declaración de San José "Por el derecho a la prevención: consolidando la participación en gestión integral del riesgo en Centroamérica"*. Recuperado 25 de setiembre de 2013, de <http://www.cne.go.cr/index.php/component/content/article/270-noticias/767-2013-06-20-declaracion-de-san-jose>
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007) *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra.

- Comité Permanente Entre Organismos (IASC) (2006). *Mujeres, niñas, niños y hombres: igualdad de oportunidades para necesidades diferentes*. Naciones Unidas: Nueva York.
- Consejo Universitario (2012) *Diagnóstico acerca de la gestión del riesgo en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Consejería de Administración Autonómica. (2008). *Conócelo y aprende a hacerle frente. Guía del estrés laboral*. Junta de Castilla y León: España.
- Costa, N; Weems, C. y Pina, A. (2009) Hurricane Katrina and youth anxiety: The role of perceived attachment beliefs and parenting behaviors. *Journal of Anxiety Disorders* 23, p. 935-941.
- Cruz Roja Ecuatoriana. (2008) *Manual de apoyo psicosocial para el voluntario promotor comunitario*. Quito: Cruz Roja Ecuatoriana.
- Cruz Roja y Media Luna Roja (1995) *Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales*. En Principios y acción en la asistencia internacional humanitaria y en las actividades de protección., Ginebra: XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
- Cuenca, A.; Leiva, K. (2004) *Elaboración y validación empírica de un manual de autoayuda cognitivo conductual emocional para el manejo del estrés asociado a la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva de la medicina conductual*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Dattilio, F., Freeman, A. (1994) *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. Guilford Publications: USA. Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (2009) *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: MR Ediciones.
- Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (2009) *Técnicas de autocontrol emocional*. Madrid: MR Ediciones.
- De Luca, P.A.; Sánchez, M.E.; Pérez, G.; Leija, L. (2004). Medición integral del estrés crónico. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*. 25(1): 60-66.
- Ehrenreich, J. (1999) *Enfrentando el desastre: Una guía para la intervención psicosocial*. Salud Mental Sin Fronteras, Nueva York.
- Endler, N.; Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*. 15: 231-245.
- Ellis, A., Abrahms, E. (2005) *Terapia racional emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. Segunda Edición. México: Editorial Pax México.
- Escuela de Psicología. (2013) *Acción Social-Escuela de Psicología*. Recuperado 29 de mayo de 2013, de http://www.psico.ucr.ac.cr/accion_social.html
- Espinoza, C.; Blanco, V. (2009) *Propuesta de un manual de autoayuda cognitivo conductual emocional para el manejo del estrés dirigido a familias en donde uno o una de sus miembros ha sido intervenido quirúrgicamente por cáncer gástrico*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica, 2006, Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica, tomado de: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/estatuto_organico.pdf
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2001) *Controlar el Estrés sobre el Terreno*. Ginebra, Suiza.
- Feixas, G; Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002) *Intervención en Crisis*. Editorial Síntesis. Madrid, España.

- Fernández-Ballesteros, R. (2009) *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Follete V. y Ruzek, J. (2006) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. The Guilford Press. New York.
- Foy, D; Eriksson, C y Trice, G. (2001) Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, Vol. 5 (4): 246.
- García, E.; Mata, S. (2001) *Propuesta de un manual para la capacitación en habilidades comunicacionales y solución de conflictos dirigido a supervisores de personal de una empresa privada*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Garita, Y. (2004) *Manual de autoayuda para padres de niños (as) con mielomeningocele*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Galeano, N., Vega, C., y Blanco, S. (2012) *Perfil profesional de la persona con funciones de brigadista*. Brigada de Atención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres. Manuscrito no publicado.
- Garita, P. M., Molina, K. (2013) *Construcción del concepto de Salud Mental en Costa Rica*. En: *Estado del arte de la investigación en Salud Mental en Costa Rica*. Grupo de investigación en Salud Mental y Bienestar. Universidad de Costa Rica.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., González, J.J. (2000) Características psicométricas de la Escala de ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2): 21-30.
- Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. (2010) *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud?* Ginebra.
- Grupo de Trabajo de Salud de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. (2006) *Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Proyecto AMARES. Lima: Ministerio de Salud.
- Güida, R. (2010) Hombres e igualdad de género en las situaciones de emergencia. *Development Connections*. Washington D.C. Recuperado el 25 de noviembre del 2013, de www.unfpa.org/sv
- World Health Organization (WHO) (2008) *Manual for the health care of children in humanitarian emergencies*. World Health Organization: España.
- Health Organization (WHO) (2008) *Manual for the health care of children in humanitarian emergencies*. World Health Organization: España.
- Hembree, E.; Rauch, S.; Foa, E. (2003) Beyond the Manual: The Insider's Guide to Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (1): 22-30.
- Hernández, R., Fernández C., Baptista L. (2003) *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill. México, D.F.
- Herrera, C. G.; González, C. I.; Vargas, C. I.; Conde, C. A.; Dallos, M. (2005). Respuestas Fisiológicas y Psicogenética en el Trastorno de Estrés Post-traumático. *Revista Salud UIS*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 37(1): 53-57.
- Horowitz, M., y Alvarez, W. (1979), Impact of Event Scale: A measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), pp. 209-218.

- Instituto Nacional de la Salud Mental NIMH. (2009). *Trastornos de ansiedad. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*. Institutos Nacionales de la Salud: Maryland.
- Inter-Agency Standing Committe. (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies*. Inter-Agency Standing Committe, Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Geneva.
- Inter-Agency Standing Committee (2008a) *Mental Health and Psychosocial Support: Checklist form field use*. Geneva: IASC.
- Inter-Agency Standing Committee (2008b). *Mujeres, niñas, niños, hombres. Igualdad de oportunidades para necesidades diferentes*. Comité Permanente entre Organismos (IASC), Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Ginebra, Suiza.
- Inter-Agency Standing Committee (2007) *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra.
- International Medical Corps (2007) *Coping In The Aftermath Of Hurricane Katrina: Some Brief Guidance Notes On Stress, Grief And Lossfor Front Line Teams*. Santa Monica, California.
- International Medical Corps (sf) *Brief mental health guidelines for assisting those affected by Hurricane Katrina*. Santa Monica, California.
- Lara, S (2002) *Manual de capacitación en el manejo de la conducta de niños y niñas con epilepsia tipo gran mal dirigido a padres de familia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Lavell, A. (2010.) *Sobre la gestión del riesgo: apuntes hacia una definición*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/riesgo-apuntes.pdf> el 26 de octubre del 2010.
- Lavell, A. (2002a). Riesgo, desastre y territorio. La necesidad de los enfoques regiones transnacionales. *Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe*, Flacso-Unesco. (5): 140-147.
- Lavell, A. (2002b). *Sobre la Gestión del Riesgo. Apuntes hacia una Definición*. Inédito.
- Lazarus, R.; Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Ley para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres, Ley N° 8488, 2006, Asamblea Legislativa, tomado de: http://www.legislacionmunicipal.fam.bo/Archivo/Docs/Leyes/Ley_2140.pdf
- Madriz, M. (2010) *Actualización del manual de puestos por competencias y definición de comportamientos del diccionario de competencias de una empresa de consumo selectivo*. Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Universidad de Costa Rica.
- Marecos, E. (2003) El diagnóstico diferencial. *Revista de Posgrado en la Vía Cátedra de Medicina*, (128).
- Marín, H. (2005). *Psicología de la Emergencia. Comportamiento humano antes, durante y después de Emergencias*. II Congreso Nacional de Salud Mental y Asistencia Primaria en Catástrofes, Hospital de la Defensa "Gómez Ulla": Madrid.

- Maroto, A. (2003) *Elaboración de una propuesta teórico-metodológica para la intervención psicosocial en los procesos de elaboración del duelo en situaciones de desastre*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009) *Primeros Auxilios Psicológicos*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Martínez, O.; Escobar, D.; Ramírez, J.; Panameño, O.; Estrada, S. (2001). *Manual de Intervención Psicosocial en Situaciones de Desastres*. Centro de Investigación, Desarrollo y Enseñanza de Permacultura CIDEP: San Salvador.
- Mata, A. (2008) *Fenómenos naturales destructivos: orígenes y consecuencias*. San José: Editorial UCR.
- Mata, M.; Sáenz, G. (2003) *Infertilidad y control del estrés, manual de intervención cognitivo conductual emocional dirigido a psicoterapeutas*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Mc Quidy, E. (2006) *Niños y niñas después de un desastre, guía de intervención psicoafectiva dirigida a personal no especializado en salud mental*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Moderno: México D.F.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Moreno, P. (1998). *Técnicas de reestructuración cognitiva*. En Olivares, J. y Méndez, F.X. (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009) *Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide*. NSW Department of Health, Sydney.
- Ministerio de Salud. (2012) *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José: El Ministerio.
- Mishra, P. (2009). Let's share the stage: Involving men in gender equality and disaster risk reduction. In E. Enarson, & P. Chakrabarti (Eds.) *Women, gender and disaster: Global issues and initiatives*. (pp. 29-40). New Delhi: SAGE Publications India.
- Molina, H., Manrique, E. y Silberman, R. (2004) Evaluación cognitivo conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizan*, V(1), pp. 69-82. Recuperado el 23 de Enero del 2014 de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004/6%20EVALUACION%20COGNITIVO-CONDUCTUAL%20DEL.pdf>
- Mora, A. G. (2012) *Organización nacional para el abordaje del apoyo psicosocial en desastres: Experiencia de la constitución del "Comité Asesor Técnico de Apoyo Psicosocial" de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, Costa Rica*. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Gestión del Riesgo en Desastres y Atención de Emergencias. Universidad de Costa Rica.
- Mora, A. G. (2005) *Propuesta para la incorporación del Enfoque de Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia en la atención de la emergencia y la reducción del riesgo ante desastres: un proceso participativo con la Junta Comunal de Upala*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Montero, M. E.; Sancho, O. (1993) *Análisis y elaboración de un manual descriptivo de puestos en la división técnica de una empresa industrial costarricense*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

- Montero, R. (2006) *Manual cognitivo conductual emocional dirigido a mujeres sobrevivientes de violencia doméstica*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Mora, A.; Solano, I. (2000) *Propuesta de un manual de autoayuda conductual, cognitivo y emocional para la transición entre la vida laboral y la jubilación*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Moser, J.; Hajcak, G.; Simons, R.; Foa, E. (2007) Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect Original Research Article. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (8): 1039-1049.
- Muñoz, M. (2011) Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En: *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Murillo, M. (2009) Abordaje de las personas adultas mayores que presentan riesgos de depresión desde la terapia cognitiva conductual. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Naciones Unidas. (2013) *Discapacidad, desastres naturales y situaciones de emergencia*. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1552>.
- Naciones Unidas. (2006) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Naciones Unidas. (2002) *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid. Recuperado el 14 de junio de 2013, de <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>
- National Institute of Mental Health (2009). *Trastornos de ansiedad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud: Maryland.
- National Institute of Mental Health (2006) *Helping Children and Adolescents Cope with Violence and Disasters What Community Members Can Do*. Washington D.C.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México D.F.: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2011) *Salud mental*. Tomado de: http://www.who.int/topics/mental_health/es/ el 11 abril del 2011.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) *La Salud Mental en las Emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (2010) *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta*. Washington D.C.; Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004) *Manual de Evaluación de Daños y Necesidad es en Salud Mental para Situaciones de Desastre*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N°4. Organización Mundial de la Salud: Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999) *Salud Mental para víctimas de desastre. Manual para instructores*. Editorial El manual moderno: México, D.F.

- Organización Panamericana de la Salud (1996) *Establecimiento de un sistema de atención de víctimas en masa*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Pastoral Social-Caritas de Costa Rica (2011) *Manual de Gestión del Riesgo de Desastres*. Secretariado Ejecutivo de Pastoral Social-Caritas e la Conferencia Episcopal de Costa Rica.
- Pataki, G.; Stone, J.; LeViness, J. (2001) *Guía de consejería de crisis para niños y familias en caso de desastres*. U.S. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.
- Pérez, C. (2009) *Manual cognitivo conductual emocional para la intervención de violencia contra la mujer en relación de pareja actual dirigido a psicólogos y psicólogas*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Pérez, K. (2000) *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Barcelona, España: Editorial Icaria Tomado de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>, el 28 de julio, 2011.
- Pérez, P. (2006) *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Pérez, V. (2010) *Manual cognitivo conductual emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico en mujeres con Fibromialgia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Pineda, C., López-López, W. (2010) Atención Psicológica Postdesastres: Más que un “Guarde la Calma”. Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia Psicológica*, 28(2): 155-160.
- Programa de Gestión de Riesgo y Reducción de Desastres (PGRRD) (2006) *Proceso Histórico del Programa*. Comisión Institucional de Emergencias (CIE), Universidad de Costa Rica. Tomado de <http://www.vra.ucr.ac.cr:8080/historia.php>.
- Proyecto Esfera (2011) *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria*. Ginebra, Suiza: El Proyecto Esfera.
- Proyecto Esfera (2004) *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*. Ginebra, Suiza: El Proyecto Esfera.
- Quirce, C.M.; Vargas, G.; Maickel, R. (2007). Recientes adelantos en el área del estrés los últimos veinticinco años. *Revista Costarricense de Psicología*, 26(39): 23-33.
- Quirós, J. (2008) *Creación de tres manuales para la administración del recurso humano, en una empresa importadora y distribuidora de accesorios y artículos para el hogar e institucionales*. Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Universidad de Costa Rica.
- Quirós, Y. (2002) *Manual facilitador para el entrenamiento a personal docente en la aplicación de la técnica economía de fichas con niños a partir de 5 años de edad hasta adolescentes de 15 años de edad*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Robles, J. y Medina, J. (2002) *Intervención Psicológica en las Catástrofes*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Rodríguez, C. (2009) *Manual cognitivo conductual emocional para la intervención de violencia contra la mujer en relación de pareja actual dirigido a psicólogos y psicólogas*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Rodríguez, J. (Ed) (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica.

- Rodríguez, J. (2004) Capítulo 5: Aspectos psicológicos. En Organización Panamericana de la Salud: *Manejo de Cadáveres* (pp. 119- 139). Washington D.C., Estados Unidos de Norteamérica.
- Rojas, S. (2007) *Estrés en niños y niñas: propuesta de un manual cognitivo-conductual-emocional dirigido a docentes para facilitar el entrenamiento en manejo y control del estrés en primer ciclo escolar*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Rojas-Medina, Y.; Vargas, J.; Trujillo, O. (2008). Trastorno de Estrés Agudo y Episodio Depresivo Mayor en víctimas de una inundación en Tingo María. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 25(1): 66-73.
- Roldán, J. (2001) *Manual cognitivo conductual emocional familiar en anorexia nerviosa dirigido a terapeutas*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Ruiz, L. (2008) *Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina*. - Memorias III Congreso Nacional de Innovaciones en Psicología y Salud Mental, Boyacá, Colombia: 4-20.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. 2º Edición. Desclée De Brouwer, S.A.: Bilbao.
- Sáenz, L., & Jurado, A. (2010) *La acción social como centro integrador entre la docencia, la acción social y la investigación: lecciones aprendidas*. Ponencia presentada en el Ier Congreso de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.
- Sáenz, L y Salas, J. (2000) Intervención Psicológica en Situaciones de Desastre. En Garita, N. y Nowalski, J. (Ed.) *Del desastre al desarrollo humano sostenible en Centroamérica* (pp. 153- 177). Centro Internacional para el Desarrollo Humano Sostenible. Banco Interamericano de Desarrollo. San José: Costa Rica.
- Sáenz, L., Vindas. A., y Villabos, L. (2013) *Memorias del camino trazado*. Brigada de Atención Psicosocial en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Libro sin publicar.
- Salas, J.M. (2002) *Acerca de la masculinidad. Algunas discusiones y tareas pendientes*. Congreso Nacional Psicología, Noviembre. Costa Rica.
- Sanabria, J. (2013) Algunos derroteros posibles para la investigación en Salud Mental. En: *Estado del arte de la investigación en Salud Mental en Costa Rica*. Grupo de investigación en Salud Mental y Bienestar. Universidad de Costa Rica.
- Sánchez, A. (2007) *Manual de Psicología Comunitaria: Un Enfoque Integrado*. Piramide: Madrid.
- Sánchez, M. A. (2002) *Propuesta de un manual de ayuda para profesionales en psicología que trabajan con hij@s de padres divorciados, ayudando a niñ@s de 6 a12 años a enfrentar los cambios en su ambiente*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Sandín, B. (2003) El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 3 (1), pp. 141-157.
- Sandín, B. (1995) citado por Sandín y Chorot (2003) Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 8 (1), pp. 39-54.

- Save the Children. (2009). *Protección de la Infancia en Emergencias. Prioridades, principios y prácticas*. La Alianza Internacional Save the Children. Grafox Imprenta S.L.: Toledo.
- Schreiber, M. (2010) *The PsySTART Rapid Mental Health Triage and Incident Management System*. Center for Disaster Medical Sciences, University of California.
- Secretaría de Salud (2002) *Programa Específico de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre*. Secretaría de Salud, México D.F.
- Silva M., F. (2004) La evaluación conductual: concepto y proceso. En: *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. 3 Ed. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Slaikeu, K. (1999) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. Manual
- Soto, A. (2002) Procesos de intervención comunitaria. *Tramas 18-19* Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México pp. 191-209.
- Torrico, G; Ortiz, S; Salamanca, L. y Quiroga, R. (2008) *Los enfoques teóricos del desastre y la gestión local del riesgo: construcción crítica del concepto*. Fundación para el Desarrollo Participativo Comunitario: La Paz.
- United Nations Children's Fund. (2008). *Sistematización de mejores prácticas educativas para la gestión del riesgo en Centroamérica*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF: New York.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (2010) *Políticas Institucionales para los años 2010-2014*. Consejo Universitario.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (2009) *Políticas Institucionales para el año 2009*. Consejo Universitario.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (1974) *Estatuto Orgánico*. Consejo Universitario.
- Valerio, F. (2002) *Propuesta de un manual cognitivo-conductual emocional familiar dirigido a terapeutas para el tratamiento de la bulimia nerviosa*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Valero, S. (2002). *Psicología en Emergencias y Desastres*. Editorial San Marcos: Lima.
- Valero, S. (2001a). *Ayudando a ayudar. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta*. Lima, Perú.
- Valero S. (2001b) *Psicología en emergencias y desastres*. Editorial San Marcos: Lima.
- Valero, S. (1997) *Ayudando a Ayudar: Manual para el psicólogo emergencista*. Lima, Perú.
- Van der Velden, P.; Kleber, R.; Fournier, M.; Drogendijk, A.; Gersons, B. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group A prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 102: 35–45.
- Victorian Government Department of Health (2002) *Statewide mental health triage scale - Guidelines*. State of Victoria, Department of Health, Melbourne.
- Villalobos, A. (2009) Intervención en Crisis en Situaciones de Desastre: Intervención de Primera y Segunda Instancia (Revisión bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXVI (587) p. 5-13.
- VVAA. (2005) *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencia y desastres*. Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.
- Wainrib, B. R.; Bloch, E. L. (2000) *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Desclée De Brouwer: Bilbao.

- Weine, S.; Danieli, Y.; Silove, D.; Van Ommeren, M.; Fairbank, J. y Saul, J. (2002) Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings. *Psychiatry* 65(2).
- Weiss, C., Zara, C. y Parkinson, D. (2013) Men, Masculinity, Disaster: A literature review. En: Women's Health Goulburn North East. *Men on Black Saturday: Risks and opportunities for change*. Australia. Recuperado el 10 de febrero, 2014 de: <http://www.whealth.com.au/documents/work/about-men/FINAL-REPORT-Vol-3.pdf>
- Wilches-Chaux, G. (1998) *Auge, caída y levantada de Felipe Pinillo, mecánico y soldador: guía de la red para la gestión de riesgo*. Quito: La RED.
- Wolf, M. M. (1978) Social validity. The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 203-214. Tomado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1311293/> el 2 de setiembre del 2011.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Fórmula de consentimiento informado para expertos.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
 Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manual de intervención psicosocial en periodo crítico y poscrítico
 de un desastre dirigido a brigadistas: una aproximación desde
 el modelo cognitivo conductual

Nombre de las Investigadoras: _____

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Las investigadoras del estudio somos estudiantes de la Escuela de Psicología que nos encontramos elaborando nuestro Trabajo Final de Graduación. El propósito de la presente investigación es la elaboración de un Manual de intervención psicológica ante una situación de desastre, dirigido estudiantes de la carrera de Psicología miembros de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre. Asimismo las investigadoras son miembros activas de la Brigada. A partir de esta entrevista quisiéramos obtener el conocimiento teórico metodológico para dar intervención psicosocial a las diferentes poblaciones que se ven afectadas en una situación de desastre, dado su *nivel de experticia*. La entrevista durará aproximadamente hora y media, en caso que esta primera entrevista no se abarcara toda la información necesaria se le estará contactando nuevamente para poder completar la información.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Para obtener la información deseada le realizaremos una entrevista semi-estructurada, lo que implica realizarle una serie de preguntas concretas relacionadas directamente con la atención psicosocial en una situación de desastre. Es de especial importancia que desarrolle cada una de las respuestas, si lo requiere utilice ejemplos para ampliar mejor su respuesta. Con el fin de no perder ningún dato que nos proporcione, dada la importancia del conocimiento que posee, utilizaremos una grabadora de audio para capturar la entrevista y además realizaremos anotaciones. Una vez que tengamos las grabaciones analizadas

procederemos a destruirlas. Como se le mencionó el tiempo estimado de entrevista es de una hora y media; siendo el caso que no se pueda recabar a toda la información, ¿está usted de acuerdo en realizársele una siguiente sesión y completar la entrevista?

- C. RIESGOS:** Esta investigación no implica ningún riesgo para usted. La información recabada no tiene vinculación con su vida personal, por tanto no se le solicitará que proporcione información personal, íntima o sensible. En caso que algún dato o anécdota de su vida profesional vinculado con la temática de la entrevista surja y le genere molestia, está en derecho de detener la entrevista. Asimismo, las entrevistadoras podrán brindarle contención emocional y, si fuese necesario, referirle a un profesional en psicología.
- D. BENEFICIOS:** Con los resultados de esta investigación usted no recibirá beneficios directos, sin embargo, es posible que este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro (brigadistas, comunidades afectadas por desastres, investigadoras). Asimismo los resultados de esta investigación podrían reforzar y/o ampliar sus conocimientos en esta temática y le permitirían enriquecer posteriormente su práctica profesional.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber conversado con Silvia Umaña y/o Auria Zárate, ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Auria Zárate Montero al teléfono 8884-1353 en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)
fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento
Fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento
Fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Form.Consent-Form 06-08

Anexo 2. Fórmula de consentimiento informado para ex brigadistas.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
 Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manual de intervención psicosocial en periodo crítico y poscrítico
 de un desastre dirigido a brigadistas: una aproximación desde
 el modelo cognitivo conductual

Nombre de las Investigadoras: _____

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Las investigadoras del estudio somos estudiantes de la Escuela de Psicología que nos encontramos elaborando nuestro Trabajo Final de Graduación. El propósito de la presente investigación es la elaboración de un Manual de intervención psicológica ante una situación de desastre, dirigido estudiantes de la carrera de Psicología miembros de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre. Asimismo las investigadoras son miembros activas de la Brigada. A partir de esta entrevista quisiéramos establecer los aspectos clave que se necesitan para que el material sea de fácil uso para los *estudiantes brigadistas*, como usted lo fue, y que permita agilizarles la labor y proporcionarles la información que ellos necesitan en el momento de intervenir. La entrevista durará aproximadamente hora y media, en caso que esta primera entrevista no se abarcara toda la información se le estará contactando nuevamente para poder completar la información.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Para obtener la información deseada le realizaremos una entrevista semi-estructurada, lo que implica realizarle una serie de preguntas concretas relacionadas directamente con las necesidades que le surgen a los estudiantes brigadistas al atender una situación de desastre. Es de especial importancia que desarrolle cada una de las respuestas, si lo requiere utilice ejemplos para ampliar mejor su respuesta. Con el fin de no perder ningún dato que nos proporcione, dada la importancia del conocimiento que posee, utilizaremos una grabadora de audio para capturar la entrevista y además realizaremos anotaciones de la entrevista. Una vez que tengamos las grabaciones analizadas procederemos a

destruirlas. Como se le mencionó el tiempo estimado de entrevista es de una hora y media; siendo el caso que no se pueda recabar a toda la información, ¿está usted de acuerdo en realizársele una siguiente sesión y completar la entrevista?

- J. RIESGOS:** Esta investigación no implica ningún riesgo para usted. La información recabada no tiene vinculación con su vida personal, por tanto no se le solicitará que proporcione información personal, íntima o sensible. En caso que algún dato o anécdota de su vida profesional vinculado con la temática de la entrevista surja y le genere molestia, está en derecho de detener la entrevista. Asimismo, las entrevistadoras podrán brindarle contención emocional y, si fuese necesario, referirle a un profesional en psicología.
- C. BENEFICIOS:** Con los resultados de esta investigación usted no recibirá beneficios directos, sin embargo, es posible que este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro (brigadistas, comunidades afectadas por desastres, investigadoras). Asimismo los resultados de esta investigación podrían reforzar y/o ampliar sus conocimientos en esta temática y le permitirían enriquecer posteriormente su práctica profesional.
- D.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber conversado con Silvia Umaña y/o Auria Zárate, ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Auria Zárate Montero al teléfono 8884-1353 en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- E.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)
fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento
Fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento
Fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Form.Consent-Inform 06-08

Anexo 3. Fórmula de consentimiento informado para estudiantes brigadistas.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
 Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manual de intervención psicosocial en periodo crítico y poscrítico
 de un desastre dirigido a brigadistas: una aproximación desde
 el modelo cognitivo conductual

Nombre de las Investigadoras: _____

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Las investigadoras del estudio somos estudiantes de la Escuela de Psicología que nos encontramos elaborando nuestro Trabajo Final de Graduación. El propósito de la presente investigación es la elaboración de un Manual de intervención psicológica ante una situación de desastre, dirigido a estudiantes de la carrera de Psicología miembros de la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre. Asimismo las investigadoras son miembros activas de la Brigada. A partir de esta entrevista quisiéramos establecer los aspectos clave que se necesitan para que el material sea de fácil uso para los *estudiantes brigadistas*, como usted, y que permita agilizar su labor y proporcionarle la información que usted necesita en el momento de intervenir. La entrevista durará aproximadamente hora y media, en caso que esta primera entrevista no se abarcara toda la información se le estará contactando nuevamente para poder completar la información.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Para obtener la información deseada le realizaremos una entrevista semi-estructurada, lo que implica realizarle una serie de preguntas concretas relacionadas directamente con las necesidades que le surgen a los estudiantes brigadistas al atender una situación de desastre. Es de especial importancia que desarrolle cada una de las respuestas, si lo requiere utilice ejemplos para ampliar mejor su respuesta. Con el fin de no perder ningún dato que nos proporcione, dada la importancia del conocimiento que posee, utilizaremos una grabadora de audio para capturar la entrevista y además realizaremos anotaciones de la misma. Una vez que tengamos las grabaciones analizadas procederemos a

destruirlas. Como se le mencionó el tiempo estimado de entrevista es de una hora y media; siendo el caso que no se pueda recabar a toda la información, ¿está usted de acuerdo en realizársele una siguiente sesión y completar la entrevista?

- K. RIESGOS:** Esta investigación no implica ningún riesgo para usted. La información recabada no tiene vinculación con su vida personal, por tanto no se le solicitará que proporcione información personal, íntima o sensible. En caso que algún dato o anécdota de su vida profesional vinculado con la temática de la entrevista surja y le genere molestia, está en derecho de detener la entrevista. Asimismo, las entrevistadoras podrán brindarle contención emocional y, si fuese necesario, referirle a un profesional en psicología.
- C. BENEFICIOS:** Con los resultados de esta investigación recibirá el beneficio directo de utilizar el manual para la atención de próximas emergencias, teniendo un material de apoyo para su labor. Asimismo, es posible que esta investigación beneficie a las comunidades que sean atendidas por la Brigada de Atención Psicológica en Situaciones de Desastre.
- D.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber conversado con Silvia Umaña y/o Auria Zárate, ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Auria Zárate Montero al teléfono 8884-1353 en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- E.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)
fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento
Fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento
Fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Form.Consent-Inform 06-08

Anexo 4. Protocolo de entrevista para expertos.

Gracias por concedernos esta entrevista, la cual es parte de nuestro trabajo final de graduación mediante el cual pretendemos elaborar un Manual de Intervención Psicosocial ante Situaciones de Desastre, dirigido a los y las miembros de la Brigada de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica.

A partir de esta entrevista quisiéramos obtener el conocimiento teórico metodológico para dar intervención psicosocial a las diferentes poblaciones que se ven afectadas en una situación de desastre, dado su *nivel de experticia*.

Para obtener la información deseada le realizaremos una entrevista semi-estructurada, lo que implica una serie de preguntas concretas relacionadas directamente con los aportes teóricos necesarios para realizar una intervención psicosocial en situaciones de desastre y las habilidades y destrezas que un voluntario debe poseer. Es de especial importancia que desarrolle cada una de las respuestas, si lo requiere utilice ejemplos para ampliar mejor su respuesta. Con el fin de no perder ningún dato que nos proporcione, dada la importancia del conocimiento que posee, utilizaremos una grabadora de audio para capturar la entrevista y además haremos anotaciones de la misma. Una vez que tengamos las grabaciones analizadas procederemos a destruirlas.

La entrevista durará entre una hora y hora y media. En caso que esta primera entrevista no se abarcara toda la información ¿está usted de acuerdo en realizársele una siguiente sesión y completar la entrevista?

De forma inicial, nos podría indicar:

Edad: _____	Lugar de trabajo o estudio: _____
Años de experiencia en atención de desastres: _____	
Último título universitario:	
Bachillerato ()	Licenciatura ()
Maestría ()	Doctorado ()
Institución donde lo obtuvo: _____	

Dado su nivel de experticia en el tema de la atención psicosocial en situaciones de desastre quisiéramos que nos compartiera su conocimiento sobre la temática para enriquecer los contenidos del manual.

Con respecto a la intervención psicosocial:

1. ¿Cuál es el trabajo que usted realiza en cuanto a la atención de emergencias y desastres? ¿En qué niveles de atención o durante cuáles fases interviene y de qué forma?
2. ¿Cuál es el paradigma conceptual-práctico y/o autores en los que usted se basa para trabajar con las personas afectadas?
3. ¿Cuáles son las técnicas y procedimientos que ha utilizado en la atención? ¿Cuáles utiliza con más frecuencia? ¿Cuáles han sido más efectivas? ¿Por qué fueron más efectivas con respecto a otras?
4. ¿Qué se debe evitar hacer en una intervención? ¿Cuáles son los errores que se cometen más frecuentemente?
5. ¿Cuáles son las fortalezas de este tipo de intervenciones?
6. ¿Cuáles son las recomendaciones específicas para la atención de las siguientes poblaciones: hombres, mujeres, niñez, adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, personas con enfermedades mentales, docentes, equipos de rescate?
7. ¿Qué consideraciones tiene usted al trabajar en comunidades?
8. ¿Ha realizado actividades de autocuidado con los voluntarios y voluntarias a su cargo? ¿Qué tipo de actividades? ¿Las realiza usted también?

Con respecto a las habilidades y principios éticos:

9. ¿Cuáles son los conocimientos y las habilidades que debe poseer un voluntario que trabaje en desastres?
10. ¿Qué principios éticos deben guiar el trabajo de campo de los y las voluntarios/as?

Con respecto a la elaboración de un manual para voluntarios/as en desastres:

11. ¿Considera que es necesaria una guía o manual de intervención para los y las voluntarios/as? ¿Por qué?
12. ¿Qué información sería vital dentro de este manual o guía?
13. ¿Cuál cree que sería la mejor manera de presentar la información dentro del manual?
14. ¿Hay algo que no se ha mencionado y no se debe dejar de lado?

Anexo 5. Protocolo de entrevista para exbrigadistas.

Gracias por concedernos esta entrevista, la cual es parte de nuestro trabajo final de graduación mediante el cual pretendemos elaborar un Manual de Intervención Psicosocial ante Situaciones de Desastre, dirigido a los y las miembros de la Brigada de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica.

A partir de esta entrevista quisiéramos establecer los aspectos clave que se necesitan para que el material sea de fácil uso para las(os) *estudiantes brigadistas*, como usted lo fue, y que permita agilizarles la labor y proporcionarles la información que ellos necesitan en el momento de intervenir.

Para obtener la información deseada le realizaremos una entrevista semi-estructurada, lo que implica realizarle una serie de preguntas concretas relacionadas directamente con las necesidades que les surgen a las(os) estudiantes brigadistas al atender una situación de desastre. Es de especial importancia que desarrolle cada una de las respuestas, si lo requiere utilice ejemplos para ampliar mejor su respuesta. Con el fin de no perder ningún dato que nos proporcione, dada la importancia del conocimiento que posee, utilizaremos una grabadora de audio para capturar la entrevista y además realizaremos anotaciones de la misma. Una vez que tengamos las grabaciones analizadas procederemos a destruirlas.

La entrevista durará entre una hora y hora y media. En caso que esta primera entrevista no se abarcara toda la información ¿está usted de acuerdo en realizársele una siguiente sesión y completar la entrevista?

De forma inicial, nos podría indicar:

Edad: _____	Lugar de trabajo o estudio: _____
Tiempo de experiencia en atención de desastres: _____	
Último título universitario:	
Bachillerato ()	Licenciatura ()
Maestría ()	Doctorado ()
Institución donde lo obtuvo: _____	

La Brigada es un proyecto de extensión docente y que se inscribe dentro del ámbito de acción social de la Universidad de Costa Rica. Se nutre de la docencia y de la investigación, pero la labor voluntaria de las(os) estudiantes es esencial en su quehacer.

Dada la participación que usted tuvo dentro de ella, quisiéramos que nos compartiera algunos aspectos de su experiencia y conocimiento, que puedan aportarnos los insumos necesarios para crear un Manual de Intervención Psicosocial en situaciones de desastre.

Sobre su experiencia dentro de la Brigada:

1. ¿Qué le motivó a participar en la Brigada?
2. ¿Qué cursos o entrenamiento recibió que colaboraran con su intervención?

Curso/Entrenamiento

Año/Profesor(a):

- Módulo de intervención en desastres
- Módulo de intervención en crisis
- Módulo de comunitaria con énfasis en gestión del riesgo
- Curso de entrenamiento de la brigada
- Trabajo Comunal Universitario en Gestión del Riesgo

3. ¿Qué contenidos de estos cursos utilizó en el trabajo de campo con la Brigada?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestión del Riesgo | <input type="checkbox"/> Intervención con docentes |
| <input type="checkbox"/> Factores de riesgo | <input type="checkbox"/> Intervención con equipos de primera respuesta |
| <input type="checkbox"/> Factores protectores | <input type="checkbox"/> Primeros Auxilios Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Intervención psicosocial en desastres | <input type="checkbox"/> Intervención en crisis – CASIC |
| <input type="checkbox"/> Intervención comunitaria | <input type="checkbox"/> Relajación |
| <input type="checkbox"/> Intervención individual | <input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Intervención familiar | <input type="checkbox"/> Autocuidado |
| <input type="checkbox"/> Intervención con niños/as | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Intervención adolescentes | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Intervención con adultos/as mayores | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfoque de género | <input type="checkbox"/> Duelo |

Otros: _____

4. ¿Cómo ha sido su participación en la Brigada? ¿en qué funciones o actividades se involucró?
5. ¿Qué habilidades y destrezas le ayudaron a realizar su trabajo dentro de la Brigada?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empatía | <input type="checkbox"/> Respeto a las creencias personales de los/as afectados/as |
| <input type="checkbox"/> Escucha activa | <input type="checkbox"/> Capacidad para pedir ayuda cuando la necesita |
| <input type="checkbox"/> Comunicación asertiva | <input type="checkbox"/> Flexibilidad |
| <input type="checkbox"/> Habilidad para acompañar | <input type="checkbox"/> Tolerancia a la frustración |
| <input type="checkbox"/> Respeto | <input type="checkbox"/> Responsabilidad |
| <input type="checkbox"/> Paciencia | <input type="checkbox"/> Capacidad para trabajar bajo presión |
| <input type="checkbox"/> Solidaridad | <input type="checkbox"/> Observador/a |
| <input type="checkbox"/> Capacidad de trabajar en equipo | <input type="checkbox"/> Disciplinado/a |
| <input type="checkbox"/> Autocontrol emocional | <input type="checkbox"/> Capacidad para planificar |
| <input type="checkbox"/> Adaptabilidad | <input type="checkbox"/> Capacidad para reconocer factores de riesgo y protectores |
| <input type="checkbox"/> Capaz de reconocer sus capacidades y limitaciones | |
- Otros: _____
- _____
- _____
6. ¿En algún momento le explicaron que su comportamiento se debía regir bajo el régimen disciplinario de la Universidad de Costa Rica? Sí No
7. ¿Hubo algún momento en que se sintiera desubicado/a sobre lo que debía hacer? ¿Qué hizo para resolverlo?
8. ¿Recibió supervisión en trabajo de campo? Sí No
9. ¿Le permitió establecer encuadres? Sí No
10. ¿Le limitó la tarea? Sí No
11. ¿Le dieron contención y apoyo emocional? Sí No
12. ¿Vio signos de agotamiento en usted? Sí No

13. ¿Hicieron alguna actividad de autocuidado? () Sí () No

14. ¿Observó actitudes y comportamientos que entorpecieran el trabajo de la Brigada?
¿De parte de quién(es)? ¿Cómo se resolvieron estas situaciones?

Con respecto a la elaboración del manual:

15. En este momento ¿considera que es necesaria una guía o manual de intervención?
¿Por qué?

16. ¿Qué información desearía encontrar dentro del manual para voluntarios(as) de la
Brigada?

17. ¿Cuál cree que sería la mejor manera de presentar la información dentro del
manual?

18. ¿Hay algo que no se ha mencionado y no se debe dejar de lado?

Anexo 6. Protocolo de entrevista para brigadistas.

Gracias por concedernos esta entrevista, la cual es parte de nuestro trabajo final de graduación mediante el cual pretendemos elaborar un Manual de Intervención Psicosocial ante Situaciones de Desastre, dirigido a los y las miembros de la Brigada de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica.

A partir de esta entrevista quisiéramos establecer los aspectos clave que se necesitan para que el material sea de fácil uso para las(os) estudiantes brigadistas, como usted, y que permita agilizar su labor y proporcionarle la información que usted necesita en el momento de la intervención.

Para obtener la información deseada le realizaremos una entrevista semi-estructurada, lo que implica realizarle una serie de preguntas concretas relacionadas directamente con las necesidades que les surgen a las(os) estudiantes brigadistas al atender una situación de desastre. Es de especial importancia que desarrolle cada una de las respuestas, si lo requiere utilice ejemplos para ampliar mejor su respuesta. Con el fin de no perder ningún dato que nos proporcione, dada la importancia del conocimiento que posee, utilizaremos una grabadora de audio para capturar la entrevista y además realizaremos anotaciones de la misma. Una vez que tengamos las grabaciones analizadas procederemos a destruirlas.

La entrevista durará entre una hora y hora y media. En caso que esta primera entrevista no se abarcara toda la información ¿está usted de acuerdo en realizársele una siguiente sesión y completar la entrevista?

De forma inicial, nos podría indicar:

Edad: _____	Lugar de trabajo o estudio: _____
Tiempo de experiencia en atención de desastres: _____	
Último título universitario:	
Bachillerato ()	Licenciatura ()
Maestría ()	Doctorado ()
Institución donde lo obtuvo: _____	

La Brigada es un proyecto de extensión docente y que se inscribe dentro del ámbito de acción social de la Universidad de Costa Rica. Se nutre de la docencia y de la investigación, pero la labor voluntaria de las(os) estudiantes es esencial en su quehacer.

Dada la participación que usted tiene dentro de ella, quisiéramos que nos compartiera algunos aspectos de su experiencia y conocimiento, que puedan aportarnos los insumos necesarios para crear un Manual de Intervención Psicosocial en situaciones de desastre.

Sobre su experiencia dentro de la Brigada:

1. ¿Qué le motivó a participar en la Brigada?
2. ¿Qué cursos o entrenamiento recibió que colaboraran con su intervención?

Curso/Entrenamiento

Año/Profesor(a):

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Módulo de intervención en desastres | _____ |
| <input type="checkbox"/> Módulo de intervención en crisis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Módulo de comunitaria con énfasis en gestión del riesgo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Curso de entrenamiento de la brigada | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajo Comunal Universitario en Gestión del Riesgo | _____ |

3. ¿Qué contenidos de estos cursos utilizó en el trabajo de campo con la Brigada?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestión del Riesgo | <input type="checkbox"/> Intervención con docentes |
| <input type="checkbox"/> Factores de riesgo | <input type="checkbox"/> Intervención con equipos de primera respuesta |
| <input type="checkbox"/> Factores protectores | <input type="checkbox"/> Primeros Auxilios Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Intervención psicosocial en desastres | <input type="checkbox"/> Intervención en crisis – CASIC |
| <input type="checkbox"/> Intervención comunitaria | <input type="checkbox"/> Relajación |
| <input type="checkbox"/> Intervención individual | <input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Intervención familiar | <input type="checkbox"/> Autocuidado |
| <input type="checkbox"/> Intervención con niños/as | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Intervención adolescentes | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Intervención con adultos/as mayores | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfoque de género | <input type="checkbox"/> Duelo |

() Otros: _____

4. ¿Cómo ha sido su participación en la Brigada? ¿en qué funciones o actividades se involucró?

5. ¿Qué habilidades y destrezas le ayudaron a realizar su trabajo dentro de la Brigada?

- | | |
|--|---|
| () Empatía | () Respeto a las creencias personales de |
| () Escucha activa | los/as afectados/as |
| () Comunicación asertiva | () Capacidad para pedir ayuda cuando la |
| () Habilidad para acompañar | necesita |
| () Respeto | () Flexibilidad |
| () Paciencia | () Tolerancia a la frustración |
| () Solidaridad | () Responsabilidad |
| () Capacidad de trabajar en equipo | () Capacidad para trabajar bajo presión |
| () Autocontrol emocional | () Observador/a |
| () Adaptabilidad | () Disciplinado/a |
| () Capaz de reconocer sus capacidades | () Capacidad para planificar |
| y limitaciones | () Capacidad para reconocer factores de |
| | riesgo y protectores |

() Otros: _____

6. ¿En algún momento le explicaron que su comportamiento se debía regir bajo el régimen disciplinario de la Universidad de Costa Rica? () Sí () No

7. ¿Hubo algún momento en que se sintiera desubicado/a sobre lo que debía hacer?
¿Qué hizo para resolverlo?

8. ¿Recibió supervisión en trabajo de campo? () Sí () No

9. ¿Le permitió establecer encuadres? () Sí () No

10. ¿Le limitó la tarea? () Sí () No
11. ¿Le dieron contención y apoyo emocional? () Sí () No
12. ¿Vio signos de agotamiento en usted? () Sí () No
13. ¿Hicieron alguna actividad de autocuidado? () Sí () No
14. ¿Observó actitudes y comportamientos que entorpecieran el trabajo de la Brigada?
¿De parte de quién(es)? ¿Cómo se resolvieron estas situaciones?

Con respecto a la elaboración del manual:

15. En este momento ¿considera que es necesaria una guía o manual de intervención?
¿Por qué?
16. ¿Qué información desearía encontrar dentro del manual para voluntarios(as) de la Brigada?
17. ¿Cuál cree que sería la mejor manera de presentar la información dentro del manual?
18. ¿Hay algo que no se ha mencionado y no se debe dejar de lado?

Nº	Documento	Año	Tipo de publicación	Marco teórico	PB: p. éticos	PB: Habilidades	PB: Autocuidado	IPS: trabajo	IPS: I grupal	IPS: individual	IPS: familiar	IPS: comunitaria	IP:PAP	IP: Intervención en crisis	IP: Ejercicios de relajación	IP: Reestructuración cognitiva	IP: mujeres	IP: hombres	IP: niñ@s	IP: adult@s mayores	IP: discapacidad	IP: migrantes	IP: e:mental	IP: adolescentes	IP: docentes	IP: equipos de rescate
6	Costa, N; Weems, C. y Pina, A. (2009) Hurricane Katrina and youth anxiety: The role of perceived attachment beliefs and parenting behaviors. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> 23, p. 935-941.	2009	Artículo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
7	Instituto Nacional de la Salud Mental NIMH. (2009). Trastornos de ansiedad. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud: Maryland.	2009	Folleto	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8	Martín, L. y Muñoz, M. (2009) <i>Primeros Auxilios Psicológicos</i> . Editorial Síntesis. Madrid, España.	2009	Libro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9	Save the Children. (2009). Protección de la Infancia en Emergencias. Prioridades, principios y prácticas. La Alianza Internacional Save the Children. Grafox Imprenta S.L.: Toledo.	2009	Manual	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	Villalobos, A. (2009) Intervención en Crisis en Situaciones de Desastre: Intervención de Primera y Segunda Instancia (Revisión bibliográfica). <i>Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica</i> LXVI (587) p. 5-13.	2009	Artículo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	Cruz Roja Ecuatoriana (2008) <i>Manual de Apoyo Psicosocial para el Voluntario Promotor Comunitario</i> . Quito.	2008	Manual	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	S	NO	NO	SI

Nº	Documento	Año	Tipo de publicación	Marco teórico	PB: p. éticos	PB: Habilidades	PB: Autocuidado	IPS: trabajo	IPS: I. grupal	IPS: individual	IPS: familiar	IPS: comunitaria	IP:PAP	IP: Intervención en crisis	IP: Ejercicios de relajación	IP: Reestructuración cognitiva	IP: mujeres	IP: hombres	IP: niñas@s	IP: adult@s mayores	IP: discapacidad	IP: migrantes	IP: e-mental	IP: adolescentes	IP: docentes	IP: equipos de rescate
16	Baloian, I; Chia, E; Cornejo, C. y Paverini C. (2007) <i>Intervención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres: Guía para el Primer Apoyo Psicológico</i> . Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior, Chile.	2007	Guía	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
17	Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli CISP. (2007). Modelo operativo de respuesta. Fortalecimiento de las capacidades locales para la reducción de riesgos y la preparación para desastres en la Costa Ecuatoriana. Proyecto DIPECHO: Quito.	2007	Guía	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18	Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007) <i>Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia</i> . Ginebra.	2007	Guía	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19	International Medical Corps (2007) <i>Coping In The Aftermath Of Hurricane Katrina: Some Brief Guidance Notes On Stress, Grief And Lossfor Front Line Teams</i> . Santa Monica, California.	2007	Guía breve	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Nº	Documento	Año	Tipo de publicación	Marco teórico	PB: p. éticos	PB: Habilidades	PB: Autocuidado	IPS: trabajo	IPS: I. grupal	IPS: individual	IPS: familiar	IPS: comunitaria	IP:PAP	IP: Intervención en crisis	IP: Ejercicios de relajación	IP: Reestructuración cognitiva	IP: mujeres	IP: hombres	IP: niños@s	IP: adult@s mayores	IP: discapacidad	IP: migrantes	IP: e-mental	IP: adolescentes	IP: docentes	IP: equipos de rescate
20	Moser, J.; Hajcak, G.; Simons, R.; Foa, E. (2007) Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect Original Research Article. Journal of Anxiety Disorders, 21 (8): 1039-1049.	2007	Artículo	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	Quirce, C.M.; Vargas, G.; Maickel, R. (2007). Recientes adelantos en el área del estrés los últimos veinticinco años. Revista Costarricense de Psicología, 26(39): 23-33.	2007	Artículo	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22	Van der Velden, P.; Kleber, R.; Fournier, M.; Drogendijk, A.; Gersons, B. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group A prospective study. Journal of Affective Disorders. 102: 35-45.	2007	Artículo	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	Caballero, D. (Ed) (2006) <i>Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas</i> . Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Paz, Bolivia.	2006	Manual	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI

Nº	Documento	Año	Tipo de publicación	Marco teórico	PB: p. éticos	PB: Habilidades	PB: Autocuidado	PB: trabajo	IPS: I grupal	IPS: individual	IPS: familiar	IPS: comunitaria	IP-PAP	IP: Intervención en crisis	IP: Ejercicios de relajación	IP: Reestructuración cognitiva	IP: mujeres	IP: hombres	IP: niños@s	IP: adult@s mayores	IP: discapacidad	IP: migrantes	IP: e. mental	IP: adolescentes	IP: docentes	IP: equipos de rescate	
56	Brenson, G. (1990) <i>Manual de Recuperación Emocional</i> . Editorial EIRENE: Quito, Ecuador.	1990	Libro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
57	Cohen, R.; Ahearn, F. (1990) <i>Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres</i> . Organización Panamericana de la Salud: México, D.F.	1990	Manual	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	

Anexo 8. Datos generales de las(os) expertas(os).

Datos sociodemográficos	<i>Institución</i>	U.C.R.	U.C.R.	U.C.R.	C.N.E.	C.N.E.	C.N.E.
		Experta 1	Experta 2	Experta 3	Experto 4	Experta 5	Experta 6
	<i>Edad</i>	34	30	30	41	34	38
	<i>Lugar de trabajo</i>	PREVENTEC-U.C.R.	PREVENTEC-U.C.R.	U.C.R.	C.N.E.	Municipalidad de Escazú	Consultora independiente, Voluntaria Cruz Roja y Colegio de Psicólogos
	<i>Años de experiencia</i>	10	8	9	12	13	12
	<i>Nivel universitario</i>	Maestría	Maestría	Licenciatura, en Maestría	Maestría	Maestría	Licenciatura
	<i>Área de estudio</i>	Psicología, Maestría en Gestión del Riesgo	Psicología, Maestría en Gestión del Riesgo	Psicología, Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones	Trabajo Social, Planificación con énfasis en Gestión del Riesgo	Psicología, Maestría en Gestión del Riesgo	Psicología
	<i>Institución</i>	U.C.R.	U.C.R.	U.C.R. / U.A.M. de México	U.C.R. y U.N.A.	U.C.R	Universidad Fidélitas

Anexo 9. Respuestas de las(os) expertas(os).

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
<i>Labores desempeñadas en el campo</i>	Intervención directa (intervención en crisis), individual o grupal, yendo a las comunidades, visitando casa por casa, y también con la parte de coordinación. Proyecto con población indígena bribri, fue intervención psicosocial desde la gestión del riesgo, en prevención del riesgo. A nivel del evento, en la atención de la emergencia, se hace en varias modalidades, modalidad taller, modalidad intervención grupal, grupos específicos, se hace un proceso con los diferentes grupos. Se trabaja con el marco de derechos humanos, se hace una intervención diferenciada tomando en cuenta las necesidades por género y por edad.	Acompañamiento psicológico en diferentes poblaciones, sobre todo población menor de edad, capacitación a diferentes poblaciones. A nivel de prevención en un proyecto de formación en el tema de gestión del riesgo con comunidad indígena.	A nivel preventivo formar vínculos con las comunidades y escuelas, identificando condiciones de riesgo en las comunidades, generando fortalecimiento comunitario, de organización, de conformación de brigadas (niños y niñas, adolescentes y maestros brigadas de emergencia, y adultos (vecinos) brigadas de salud mental). A nivel educativo en concientización sobre vivir con una condición de riesgo. Seguimiento a las organizaciones que trabajan a nivel comunitario esas situaciones (comités comunales, escuelas, ebais). Darle seguimiento a los casos individuales que se han identificado como prioritarios. Acompañamiento de la recuperación de la comunidad, que vuelvan a su dinámica cotidiana.	Coordinar para que se active la instancia de apoyo técnico psicosocial (cataps) en caso de situación de emergencia, convocar a que se reúna y tome las decisiones necesarias.	Labor de asistencia desde la brigada como estudiante. Atención directa con la población, planificación de proyectos, y trabajar la organización a nivel de lo que es los comités municipales de emergencia. Ahora estoy enfocando mi trabajo directamente con la población, con las comunidades, tratando de articularlas y organizarlas dentro del sistema nacional de riesgo, que al ser la municipalidad la coordinadora de los comités municipales de riesgo pues ver que a la hora de que haya una emergencia que al población esté ya fortalecida y sepa ya como organizarse.	Cruz roja: creación de un campo de apoyo emocional en la atención de socorristas, pacientes, familias y comunidades. Formación de unidades de apoyo psicológico, pap a cruzrojistas (manual de pap). Dirección de la brigada del colegio de psicólogos, profesora universitaria en intervención en crisis, miembro del cataps. Con la brigada se enfoca en trabajar en el durante la emergencia (ni prevención ni después) luego del shock, espacios catárticos y apoyo psicológico.

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
Paradigma conceptual-práctico	La psicología social comunitaria. En psicología comunitaria, maritza montero, hay otros autores desde la gestión del riesgo como allan level (más técnico), gustavo vílchez-chaux (postulados sociales), santiago valero (más clínico). En cuanto a intervención en crisis carlos slaikeu (karl a).	Bueno paradigma principal, gestión del riesgo (allan level), psicología comunitaria (maritza montero).	Los textos principalmente son los de la red, los trabajos de la ops, de la oms. De ciertos psicólogos que han trabajado desastres como santiago valero. Textos que tienen que ver con la atención psicosocial, salud mental comunitaria, los enfoques de psicología comunitaria, maritza montero, krause; intervención en crisis, intervención de primeros auxilios psicológicos, intervención de primer orden, marco teórico conceptual sobre desastres.	La práctica y bases universitarias sobre coordinación y trabajo en equipo. La ley nacional de emergencias, planificación, coordinación.	Creo que uno al final agarra de todo un poquito, si tiene que darles la participación a las personas y construir a partir de allí, no es simplemente de lo que yo traigo preconcebido. El manejo de grupos se debe fortalecer mucho y la experiencia en el trabajo con la comunidad, el módulo de psicología comunitaria. En mi experiencia en abordaje psicosocial cuesta mucho la intervención psicosocial como tal, siempre se hace en grupo y hay que tener muy buen manejo para que no se desplome.	Acercarse, slaikeu, raquel cohen, ops, valero.

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
Técnicas y procedimientos utilizados	Intervención en crisis, espacio de escucha, catarsis mediada, contención emocional, devolución de contenido, devolución de sentimientos, el proceso de grupo, técnicas grupales como pregunta generadora, una dinámica de intervención en crisis grupal (herramientas que da la gestalt o el conductismo), creatividad para ajustarse a las condiciones y materiales, fantasía dirigida. Con niños dibujos, técnicas más lúdicas. Con adolescentes inclusive con adultos funcionan las historias de apropiación, una técnica proyectiva. No funcionan actividades complejas y que demanden tiempo, por ejemplo un test. Las técnicas deben adaptarse al contexto y al lenguaje de las personas.	La escucha, con personas menores de edad se trabaja con técnicas lúdicas, pintar, dibujo, juego. No funciona test psicológicos o test psicométricos.	Técnicas participativas, reuniones con las comunidades, reuniones con las escuelas y actores claves de la organización de esa comunidad. Técnicas pedagógicas de talleres, campañas educativas, trabajo con niños son muy lúdicos, cuando son con adultos, con maestras, con adolescentes hacer trabajos más participativos e interactivos (descripción de necesidades, búsqueda de soluciones). Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos, la escucha, con niños se trabajan este tipo de técnicas como lo es el dibujo, la expresión de emociones y sentimientos, la creación de cuentos, títeres. Técnicas de trabajo en grupo, análisis grupal, del apoyo del grupo, de la facilitación de los conflictos.	Técnicas de educación popular, técnicas participativas, reuniones de coordinación, sesiones de trabajo. Adaptar siempre las técnicas a la población meta.	Focus group es lo más eficiente. Construir un mapa de riesgo, actividades muy dinámicas y que no sean muy directas que las personas no tenga que hablar desde su experiencia directa sino desde la experiencia de grupo, contar historias, usar actividades proyectivas. Muy importante más allá de hacer sesiones de grupo o para planificar el plan de emergencias, hacer nuevamente el enlace que a veces se rompe entre las instituciones y la comunidad. Trabajo enlazado con otras instituciones, como la policía, u otros grupos ya conformados, lo que permite tomar esa organización y coordinación que ya tiene el grupo para el tema de gestión de riesgo.	Mezcla de acercarse y Slaikeu: vea lo que está sucediendo, analice qué podemos hacer, ejecute lo viable y dele seguimiento. Creatividad, uso de los recursos al alcance, culturalmente apropiado, técnicas catárticas (expresivas).

Tema	Experta 1	Experta 2	Experta 3	Experto 4	Experta 5	Experta 6
Errores comunes	Una intervención mal dirigida por falta de experiencia, no dar un espacio de escucha adecuado, ponerse a contar la propia historia, sobre involucrarse emocionalmente, ponerse a tomar partido, juzgar a la gente, dejar pasar una situación de abuso (de cualquier tipo) que está viviendo la persona porque se sintió con mucha ansiedad y no supo que hacer, no supervisar al situación, ni remitirla a otro profesional. Permitir que la persona se vaya después de la intervención con la misma visión de túnel, no aportarle alternativas.	Lo principal es no abrir cosas que no vas a poder cerrar, no juzgar es básico, la persona que da el apoyo o hace la intervención en comunidad no debería ser demasiado rígida, involucrarse demasiado con la persona, familia, comunidad afectada, dar respuestas que no tiene o que no sabe con claridad.	No organizarse a lo interno y externo del equipo de trabajo. Llevar gente que no esté capacitada. No ser consciente que se va a trabajar con el sufrimiento de la gente y con nuestros propios sufrimientos y con nuestras propias emociones. No dar seguimiento a las comunidades o a los casos identificados. No dar un encuadre claro sobre cuál es la función que se tendrá en la comunidad. No supervisar. No promover el apoyo entre los propios voluntarios. No escuchar a la persona. No tener tiempo, querer que la escucha sea rápida. Preguntar a las personas afectadas como si fuera una entrevista. Monopolizar la palabra dentro de una reunión o actividad grupal. Tener una visión mesiánica. Imponerse ante las personas y comunidad desde el conocimiento psicológico que se posee.	Irrespetar la organización nacional y local de emergencias. Sobre todo las instancias de coordinación local. Falta de coordinación entre las brigadas, no se visualizan como parte de un equipo sino que compiten entre ellas. Algunas brigadas no tienen procesos de conformación y capacitación y hacen un "rejunte" de profesionales.	Mantener una visión asistencialista en la atención del evento. Falta de sensibilidad de las instituciones con la comunidad afectada y las múltiples necesidades que tienen, trabajar con personas que están cansadas y quemadas, aprovecharse que las comunidades no están empoderadas, falta de canales confiables y claros de comunicación con las comunidades, falta de una comunicación clara y directa con las personas afectadas, no explicarle con claridad a las comunidades el rol que cumplen las brigadas en la atención del evento. Falta de coordinación clara en la atención misma del evento en y entre las instituciones que atienden. Llevar voluntarios en las brigadas sin preparación en la temática. Instituciones y brigadas buscan el protagonismo.	Decir que todo va a salir bien.

Tema	Experta 1	Experta 2	Experta 3	Experto 4	Experta 5	Experta 6
Fortalezas de la intervención psicosocial	La inmediatez, entre más rápido se haga una intervención hay muchas más posibilidades de hacerla elaboración, de poder evacuar crisis, de poder evitar el desarrollo de problemas mentales, identificar situaciones problemáticas como abuso, el abordaje comunitario permite llegar a la gente que de otra forma no tienen acceso a un sistema de salud mental en este país, en cierta forma palia un poco esa falta en la cultura de salud mental y de recursos.	El espacio de escucha que se le abre a la persona, a la comunidad afectada, que posiblemente en otra circunstancia no ha tenido y que puede obtenerlo en el momento de escucha.	El vínculo que se establece con la gente, con las comunidades y las posibilidades de acción que se fomentan en las mismas. Promover en las comunidades el análisis de problemáticas, crear estrategias de afrontamiento, posibilitar espacios de crítica, desarrollo y de apoyo emocional. Otra fortaleza es la formación de más voluntarios.	Una intervención coordinada es más eficaz y eficiente, se ven las necesidades en forma integral y se parte de las necesidades y recursos de la comunidad.	Es el acompañamiento que se da a la población afectada, como el hombro a hombro que la gente necesita en ese momento, ver cómo se siente la persona, la población, en qué más podemos ayudar.	Transmitir esperanza y sentido de la vida, acompañar (acompañar), contener. Ser humano integral. Crisis como oportunidad.

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
Recomendaciones por grupo poblacional	Población indígena: tomar en cuenta que culturalmente hay necesidades diferentes, tener una posición horizontal con la comunidad, mucho respeto a sus cosas a su forma de vida aprender su idioma. Niñez: llevar técnicas que les permitan la expresión de sentimientos, darles información. Adultez mayor: volver a su cotidianidad, eso hay que procurárselo lo más pronto posible, el retorno de su rutina, porque se pueden deprimir o entrar en crisis, darles acompañamiento, establecer redes de apoyo, dejar capacidades instaladas, herramientas. Adolescentes: darles su espacio, mucho respeto, la gente no sabe qué hacer con ellos, funciona con ellos el trabajo con historias, con historias de vida, procurar que dentro de esa red ellos puedan hacerse cargo de cosas, darles responsabilidades, darles su lugar. Hombres y mujeres: a veces funciona a hacer un proceso separado o a veces conjunto, sin embargo por diferencias de género hay cosas que los hombres y las mujeres no van a decir, también es necesario hacer un espacio individual o un espacio grupal pero separado. Docentes: muchas herramientas, para sí mismo, para manejo de los estudiantes, padres y madres y de información. Equipos de rescate: trabajar mucho la masculinidad, aunque hayan	Con casi todas las poblaciones no se puede pretender que se va a sacar totalmente de su quehacer y su dinámica diaria para brindarle un momento de escucha, no podemos pretender trabajar con adolescentes y sentarnos frente a frente en una silla y esperar a que nos cuenten su mundo y su vida porque no va a pasar, igual con los hombres, no abrir crisis. Con mujeres tomar en cuenta que socialmente se le encarga del cuidado de los menores y de las personas adultas mayores, brindarle ese espacio de verdadera escucha, colaborar lo que esté realizando. Con hombres tener presente que para que empiece a contarnos algo vamos a tener que ir a hacer la actividad que están haciendo con ellos. Con adolescentes y niños y niñas lograr la incorporación de estas dos poblaciones a la dinámica recuperación de la comunidad, porque tenemos que tener presente que la recuperación psicosocial, sean tomados en cuenta y se sientan parte de la recuperación de la comunidad, entonces yo creo que sobre todo en la población adolescente es	No sabe que responder, no tiene toda la información. Con personas con discapacidad, tener cuidado de como movilizar a las personas, de no invadir sus espacios, si es una persona con discapacidad visual brindarle la ayuda si lo necesita no estar encima de ella, comprender sus condiciones. Con hombres, meterse en su dinámica y no creer que se vaya a sentar a conversar.	Conocer las poblaciones para desarrollar estrategias de trabajo adecuadas, con cualquier grupo. Conocer la comunidad y los grupos poblacionales.	Con los niños y las niñas: ponerse al nivel de ellos, técnicas que sean muy lúdicas. Con mujeres me parece que es mucho más fácil porque siempre se abren mucho más, siempre se sienten más cómodas cuando somos mujeres las que estamos trabajando con ellas, el hecho de ponerse ayudar en lo que están haciendo le ayuda a uno a poder entrar y me parece que trabajan muy bien en grupo. Con hombres he visto que prefieren trabajar que asistir a sesiones de grupo, me parece que es eso ver exactamente las labores que ellos tienen, en las que se les pueden ayudar en ese momento. Con adultos mayores me parece que siempre se nos quedan olvidados. Con personas migrantes son más vulnerables porque ellos saben que el grueso de la gente los denigra, ellos ponen como una barrera siempre tienen miedo a que la información que están diciendo sea utilizada en su contra. En los albergues parece que siempre se hace una división “para los ticos y para los nicas”, entonces a la hora de hacer una sesión grupal es difícil. Con docentes hay que sensibilizarlos mucho, están hiperrecargados que	Trabajar en parejas (entre los brigadistas). Con niños: tener cuidado de las acusaciones. Hombres y/o mujeres: tener cuidado con los romances. Reconocer las diferencias por género, los hombres son más callados y las mujeres hablan más (tienen mejor pronóstico para recuperarse las mujeres). Los adolescentes son muy frescos, hay poco que trabajar con ellos porque como no tienen preocupaciones todo es un vacilón.

	<p>mujeres, la parte de la culpa de qué puede hacer y que no, trabajar como influye esto con la familia, revisar la demanda social, trabajar los duelos no elaborados, cómo afecta el trabajo en la cotidianidad, operan muchos mecanismos de defensa y revisar fantasía de omnipotencia de resolverlo todo y sobre todo la primera vez.</p>	<p>esto, cómo lograr que se sientan útiles. Con adultos mayores, siéntense a conversar y a escuchar, hay tomarse más de tiempo para no cortar y no hacerlo sentir que una vez más no quieren conversar con ellos, lograr que sean incorporados en las dinámicas de recuperación de la comunidad. Con docentes tienes sacar los miedos, el estrés y la culpa que tienen sobre todo porque están a cargo de tantos niños y niñas más sus padres y madres, es darles herramientas para manejar y dar contención a su grupo de estudiantes.</p>			<p>actividades y no les dan los espacios, ni acompañamiento de los demás docentes, es frustrante para ellos, en las sesiones de trabajo se descargan y se quejan del poco apoyo que reciben. Con equipos de rescate, de primera respuesta, utilizan las bromas para restarle importancia a la revisión de emociones y pensamientos, tienen pocas o nulas actividades de autocuidado, mecanismo de defensa muy fuertes, lo que hace que cuando se abren se desboronan, y para mí son de los que más necesitan intervención. Primero se debe trabajar uno a uno y luego en grupo.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
<p>Consideraciones al trabajar en comunidades</p>	<p>Movilizarse a la comunidad, la comunidad no se moviliza hacia el profesional. Depende del objetivo de allí se empieza, cómo se busca a las personas que ayudan la inserción en la comunidad, eliminar cualquier tipo de esas postura vertical, experto, es una cuestión muy horizontal, buscar grupos organizados. Ser siempre muy transparente, dándoles toda la información, es un diálogo, tener flexibilidad y tolerancia a la frustración.</p>	<p>Respeto a las dinámicas de la comunidad, es una comunidad que está muy vulnerable emocionalmente hay que tener mucho cuidado con las temáticas que se tocan, es importante no tomar partido con ninguno de los bandos. Para trabajar procesos grandes de grupo se requieren personas con más experiencia.</p>	<p>A nivel de las organizaciones y a nivel comunitario, los grupos que se arman son un encuentro, es un diálogo, una unión de saberes, propiciar discusiones y crítica de las condiciones comunales. Tener claro que no se puede comprender exactamente lo que pasan los vecinos de la comunidad ellos han vivido una experiencia única e irrepetible, y nosotros no lo hemos vivido.</p>	<p>NS/NR</p>	<p>Trabajar con grupos conformados, hacer el enlace con líderes comunitarios y que ellos sean los encargados de hacer la convocatoria en la comunidad de las reuniones.</p>	<p>Evaluar el contexto, buscar a los líderes, tener en cuenta temáticas de género (trabajar hombres y mujeres por separado), mantener a las mujeres ocupadas.</p>

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
<i>Actividades de autocuidado</i>	Busco colegas que tengan mucha más experiencia en eso pero siempre procuro que se haga. Propiciar un espacio para hablar de lo que pasó, cómo nos afectó a nivel personal, la culpa, qué fue lo que hice, lo que no hice, mis demandas personales, revisar las fantasías de omnipotencia.	He dirigido dinámicas de autocuidado después de una atención. El autocuidado es muy personal, yo necesito igual de la escucha y descargar un poco de lo que se vivió en el día, en ese momento de compartir con las demás personas y saber que no solo yo me siento así, me ayuda mucho la relajación. En algún momento se puede trabajar ejercicio sobre a todo a nivel muscular, tal vez masajes, o un poco de yoga, el ejercicio fuerte no va hacer como una opción.	Cada día se debe hacer algún autocuidado individual y grupal. Dentro del equipo se deben generar espacios de apoyo, de contención. Es muy importante leer a los voluntarios con los que estamos trabajando y habrá gente que le guste formar parte de la sesión de autocuidado grupal y expresar sus emociones y habrá gente que no. Son como dos niveles de autocuidado, la que se hace en trabajo de campo, a nivel grupal, recomendaciones necesitamos, de retroalimentación y por otro lado lo que esto nos hizo sentir, lo que nos generó, la sesión se hace al final del día. A nivel individual se pueden hacer juegos o deportes. Un aspecto importante del vínculo que se crea con las personas y la comunidad es saber apartarse cuando la afectación de la otra persona me está lastimando.	Establecer unos o roles de trabajo para permitir el descanso, capacitaciones a las brigadas sobre técnicas de autocuidado.	Sí, es hacer como un poco de catarsis, ver qué fue lo que sucedió en el campo, viendo a ver qué fue lo que sintió en ese momento, qué cambiaría, que cosas vio que le salieron super bien, siempre es la cuestión de ver el proceso como tal y otras. Comprometerse con las actividades personales que le gusta hacer.	A nivel grupal e individual, establecer roles de trabajo, desmovilizar, debriefing. La parte espiritual.

<i>Tema</i>	<i>Experta 1</i>	<i>Experta 2</i>	<i>Experta 3</i>	<i>Experto 4</i>	<i>Experta 5</i>	<i>Experta 6</i>
Conocimientos y habilidades de voluntarios(as) en desastres	Conocimientos básicos que haya llevado el módulo psicología comunitaria (procesos comunitarios), manejo grupal, si sabe intervención en crisis es un plus, que tengan el conocimiento para identificar una ideación suicida, como un abuso, técnicas catárticas, técnicas de manejo de emocional, que tenga la habilidad de hacer la diferenciación por edad (niños, adulto mayor, hombres, etc.). Tenga habilidad para trabajar con personas, tolerancia a la frustración, que sea flexible, dinámico, que tenga paciencia, tiene que estar muy bien preparado, no tomarse las reacciones de las personas como personal.	Principalmente sensibilidad social, que no vaya a juzgar, que se sienta cómodo sobre todo en comunidades, que no vaya a tener problema con circunstancias difíciles ambientales y sociales, que no tenga prejuicios, que no discrimine, tiene que ser una persona que logre quitarse su disfraz de psicólogo(a) porque a lo mejor lo que hizo fue barrer o cocinar, ir preparado a que cualquier cosa puede pasar. Teoría de género básico, las características básicas de cada población tiene que ser un manejo básico, tener conocimientos básicos de gestión del riesgo en desastres, tiene que haber llevado el curso de intervención en crisis y psicología comunitaria. Creo que las personas que conformen esta brigada o los grupos que vayan a atender deberían tener el curso de primeros auxilios médicos.	Conocimientos. Tiene que estar en cuarto o quinto año, haber llevado intervención en crisis, procesos psicoterapéuticos, salud, intervención clínica, técnicas grupales, procesos grupales, psicología comunitaria, teoría psicosocial, organización comunitaria. Habilidades: empatía, apertura a hablar cualquier tipo cosas la mayoría problemáticas muy duras, abusos sexuales, abusos intrafamiliar, apertura a conocer gente religiosa y gente no religiosa. Tener mucha sensibilidad, mucho respeto, mucha responsabilidad, tener mucha paciencia, mucha tolerancia, manejar la frustración, tiene que ser una persona que se adapte a muchas situaciones de conflictividad, muy flexible, estar muy comprometido con todas las labores por hacer personales y del equipo.	Trabajar en equipo, que sepa coordinar, que sepa recibir órdenes, que maneje situaciones de crisis, autocontrol emocional y que sea capaz de sensibilizarse ante el dolor ajeno. Dispuesto a hacer cualquier cosa, flexibilidad,	Habilidades, lo primero es empatía, tolerancia, manejo de la ansiedad, de la frustración, respeto, sinceridad hacia sí mismo y hacia los demás, hacia todo lado, trabajar en grupo. Conocimientos, se debería trabajar toda la cuestión de la ley, de los procedimientos de los comités, todo lo que es el sistema nacional de riesgo, los conceptos básicos de gestión de riesgo como tal, intervención en crisis.	Necesidad de aprender, intercambio de conocimientos, humildad, introspección, empático, capacidad de escucha, buen comunicador, un lenguaje no verbal rico.

Tema	Experta 1	Experta 2	Experta 3	Experto 4	Experta 5	Experta 6
Principios éticos de voluntarios(as) en desastres	Respetar etnias, pérdidas, respetar espacios, no juzgar, respetar confidencialidades, no tomar partido ni tener juicios de valor, estereotipos, no conversar de las cosas de la comunidad, no romper confidencialidades, respetar dolores por la pérdida.	Respeto hacia la persona afectada, hacia el grupo, hacia la comunidad, hacia tus compañeros(as) de trabajo, la dinámica comunitaria es más importante que mis principios y se ponen en primer lugar la dinámica comunitaria, los profesionales que van tienen que tener claro que se va a trabajar en donde la gente está pasando un mal momento en tanto yo me visualice desde ahí, creo que mi trabajo y mi momento en la comunidad va a tener porque tener roces o problemas.	Reconocer con qué tipo de población me siento más capacitado para trabajar, respetar las condiciones de la gente, el no imponer nada, reconocer que este tipo de intervención es de vinculación recíproca. Tener claridad del tipo de intervención que hacemos, tanto quienes lo hacemos (equipo) como con quienes lo estamos haciendo (comunidad). Ser muy transparentes, principalmente al encuadrar la intervención con las personas y la comunidad para no generar expectativas. Aceptar que no puede hacer todas las cosas. Tener un compromiso ético político, no prestarse para juegos políticos ni hacer el trabajo de otras instituciones.	Ninguno.	Respeto a los derechos, a lo que persona me dice, a la comunidad, no comentar mi experiencia, respetar los tiempos de participación la sesión grupal, guardar la confidencialidad de lo que la persona dice, mantener los conflictos dentro del equipo o entre equipos fuera de la dinámica comunal.	No involucrarse con otras personas a nivel sentimental. Ser empático, no mezclar sus sentimientos al atender. Buen manejo de las pérdidas propias del voluntario.
Importancia del manual	Por supuesto.	Como en la brigada constantemente entra gente necesita de un documento que permita entender que hay unos lineamientos básicos a seguir que da una idea de cómo es el trabajo que hay que hacer. Que también exista un manual general de intervención psicosocial en desastres que más allá de pasos prepare para saber que son algunas de las cosas que podemos encontrar y cómo podemos manejarlas.	Es importante porque todos necesitamos un poquito de orientación hacia donde ir o necesitamos capacitación.	Las guías y manuales de procedimientos facilitan el trabajo, da eficiencia y eficacia a los procesos porque la gente sabe qué hacer y cómo hacerlo. Sin un manual cada quien puede proceder según su parecer no siendo esto lo óptimo.	Es muy importante hacer una guía.	Sí, para refrescar información.

Tema	Experta 1	Experta 2	Experta 3	Experto 4	Experta 5	Experta 6
Información vital	La inserción comunitaria, cómo hacer, cómo llegarle a las personas, que no hacer, métodos de intervención en crisis, métodos de expresión de sentimientos, por grupos de población, técnicas básicas.	Que permita entender cuál es nuestra labor, debería plantear la necesidad del trabajo interdisciplinario, la intervención psicosocial sea un pilar básico. Contener: teoría de género, psicología comunitaria y gestión del riesgo, un reglamento de convivencia a lo interno del grupo, salud mental cómo trabajarla.	Primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, los tipos de intervenciones que se pueden hacer desde la brigada (antes, durante, después evento), los límites de la intervención, cómo trabajar con los diferentes grupos y poblaciones.	El qué se va a hacer y cómo se hace. Flujogramas de decisión, responsabilidades y los encargados, procedimientos para cada intervención. Procedimientos operativos.	Clarificar que es el concepto de apoyo psicosocial, los niveles de intervención, qué se hace en el momento de respuesta inmediata y que se hace después, un perfil general de quienes pueden intervenir o cuáles son las actitudes o habilidades mínimas que debería tener la persona que va a intervenir, poner actividades.	Historia a nivel nacional para contextualizar, conceptos varios como: emergencia, desastre, salud mental, muerte, pérdida, duelo, crisis, reacciones y técnicas para trabajar a nivel individual y comunitario. Y después quiénes ayudan a los que ayudan.
Presentación de la información	Muy concreto, claro, y conciso. Imágenes y recursos visuales, pero un mínimo de información, que no de pie para vacilaciones o cosas abstractas. Incluir un glosario.	Extensión variable si incluye lo necesario, agregar recomendaciones. Con colores, bien dividido según momentos de intervención, ordenado, resumen, gráfico o un diagrama de flujo.	Señalando los puntos claves que tienen los temas. Delimitar lo que pueden hacer los voluntarios.	Flujo gramas, herramientas para aplicar en el campo, anexos.	Que no sea puro texto, esquemas, no es sólo dibujos, diagramas de flujo o cosas así.	Folleto según la población a la que va dirigido, puede ser un poco más técnico al ser para la brigada de la ucr pero con fotos.
Notas	Creo que no, cualquier cosa más adelante si tengo algún material te lo podría mandar.	No.	Un montón, se podría discutir después.	Todo el trabajo del cataps y las brigadas debería tener como objetivo fortalecer las capacidades locales.	No, creo que no.	Duelo, manejo del estrés. El manejo de las pérdidas propias del voluntario.

Anexo 10. Datos generales de las(os) exbrigadistas.

Datos sociodemográficos	<i>Participante</i>	Exbrigadista 1	Exbrigadista 2	Exbrigadista 3
	<i>Edad</i>	30	32	38
	<i>Lugar de estudio</i>	Universidad de Costa Rica	Universidad de Chile	Universidad de Costa Rica
	<i>Lugar de trabajo</i>	Consultor privado	Universidad de Costa Rica	Universidad de Costa Rica
	<i>Años de experiencia</i>	10	9	5
	<i>Nivel universitario</i>	Bachillerato	Licenciatura	Licenciatura
	<i>Área de estudio</i>	Psicología	Psicología	Psicología
	<i>Institución</i>	UCR	UCR	UCR
Motivación de ingreso a la Brigada	<i>Personal</i>	si	no	si
	<i>Académica</i>	si	si	no
	<i>Profesional</i>	si	si	si
Cursos	<i>Desastres</i>	si	si	si
	<i>Crisis</i>	si	si	no
	<i>Comunitaria</i>	si	Sí pero no era de Gestión del Riesgo	si
	<i>Entrenamientos Brigada</i>	no	si	si
	<i>T.C.U.</i>	no	no	no
	<i>Otros</i>	Leía porque no había llevado cursos, entró en segundo año.	Familia I, el Módulo de Salud I, había llevado ya Educativa, había llevado Procesos Grupales, había llevado Teoría Psicosocial	Desarrollo Humano, Procesos Grupales y Familia

Anexo 11. Datos generales de las(os) brigadistas.

Datos sociodemográficos	<i>Participante</i>	Brigadista 1	Brigadista 2	Brigadista 3
	<i>Edad</i>	24	23	24
	<i>Lugar de estudio</i>	Universidad de Costa Rica	Universidad de Costa Rica	Universidad de Costa Rica
	<i>Lugar de trabajo</i>	no	OFIM Guadalupe	CIEM-UCR
	<i>Años de experiencia</i>	2	2	3
	<i>Nivel universitario</i>	Bachillerato	Bachillerato	Licenciatura
	<i>Área de estudio</i>	Psicología	Psicología	Psicología
	<i>Institución</i>	UCR	UCR	UCR
Motivación	<i>Personal</i>	si	si	no
	<i>Académica</i>	no	no	si
	<i>Profesional</i>	no	no	no
Cursos	<i>Desastres</i>	si	si	si
	<i>Crisis</i>	si	no	si
	<i>Comunitaria</i>	si	no	si
	<i>Entrenamientos Brigada</i>	si	si	si
	<i>T.C.U.</i>	no	no	no
	<i>Otros</i>	no	Salud, Comunitaria con Arrieta, Familia, Procesos Grupales.	Salud, Procesos Grupales, Psicología y Violencia.

Anexo 12. Respuestas de las(os) exbrigadistas y brigadistas.

<i>Tema</i>	<i>Brigadista 1</i>	<i>Brigadista 2</i>	<i>Brigadista 3</i>	<i>Exbrigadista 1</i>	<i>Exbrigadista 2</i>	<i>Exbrigadista 3</i>
Gestión del Riesgo	si	no	si	no	no	no
Factores de riesgo y protectores	si	no	si	no	no	no
Intervención psicosocial en desastres	si	si	si	si	no	si
Intervención comunitaria	si	si	si	si	si	si
Intervención individual	si	si	si	no	no	si
Intervención familiar	si	no	si	no	no	si
Intervención con niños y niñas	si	si	si	no	no	si
Intervención con adolescentes	si	si	si	no	no	si
Intervención con adultos mayores	no	no	si	no	no	no
Enfoque de género	si	si	si	no	no	no
Intervención con docentes	si	si	no	no	no	no
Intervención con equipos de primera respuesta	si	si	si	no	no	no
Primeros Auxilios Psicológicos	si	si	si	no	no	si
Intervención en crisis	si	si	si	si	no	si
Relajación	si	si	si	si	no	no
Reestructuración cognitiva	si	no	si	no	no	no
Autocuidado	si	no	si	no	no	no
Estrés	si	si	si	no	no	si
Trauma	si	si	si	no	no	si
Ansiedad	si	si	si	no	no	si
Duelo	si	no	si	no	no	si

Contenidos

<i>Tema</i>	<i>Brigadista 1</i>	<i>Brigadista 2</i>	<i>Brigadista 3</i>	<i>Exbrigadista 1</i>	<i>Exbrigadista 2</i>	<i>Exbrigadista 3</i>
Funciones o tareas en la brigada	Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos, trauma, inicio de duelo, ferias de promoción de la salud mental y prevención. Acompañamiento psicológico y emocional, reconocimiento de cuerpos, soporte en funerales, niños, niñas, mujeres, hombres y adolescentes. Con el imas. Seguimiento.	Censar población, acompañamiento en situaciones difíciles (funerales, evacuaciones), elaboración de plan de emergencia, preparativos para situaciones de desastre, intervención con docentes, niños, niñas, contención.	Acompañamiento de familiares con pérdidas, reconocimiento de cuerpos, repartición de casas de nueva cinchona, atención individual de hombres, mujeres, adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, migrantes.	Facilitador de procesos grupales con equipos de primera repuesta, encargado del tema de masculinidad, segundo al mando o encargado de grupos nuevos de la brigada, representante de la ucr frente a grupos de mando y como parte de equipos psicosociales. Intervención con jóvenes, niños, niñas, adolescentes, hombres, mujeres, adultos mayores, docentes, migrantes y personas con trastornos mentales	Intervención individual, intervención casa por casa, ir reuniones comunitarias y del puesto de mando, supervisar estudiantes, atención de casos más complicados, manejo del presupuesto.	Trabajo grupal, intervención con niños, niñas, adolescentes y familia con historia de abuso.
Habilidades y destrezas	<i>Empatía</i>	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Escucha activa</i>	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Comunicación asertiva</i>	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Habilidad para acompañar</i>	Si	No	Si	Si	Si
	<i>Autocontrol emocional</i>	Si	Si	Si	No	No
	<i>Adaptabilidad</i>	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Capacidad de trabajar en equipo</i>	Si	No	Si	Si	No
	<i>Capaz de reconocer capacidades y limitaciones</i>	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Capacidad para pedir ayuda</i>	Si	No	Si	No	No
	<i>Capacidad para planificar</i>	Si	No	Si	No	No
	<i>Flexibilidad</i>	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Capacidad para reconocer factores de riesgo y protectores</i>	Si	Si	Si	Si	No
	<i>Tolerancia a la frustración</i>	Si	Si	Si	Si	No
	<i>Capacidad para trabajar bajo presión</i>	Si	Si	Si	No	Si

Tema		Brigadista 1	Brigadista 2	Brigadista 3	Exbrigadista 1	Exbrigadista 2	Exbrigadista 3
Valores	<i>Observador(a)</i>	Si	No	Si	Si	No	No
	<i>Disciplinado(a)</i>	No	No	No	No	No	Si
	<i>Respeto</i>	Si	No	Si	Si	Si	Si
	<i>Paciencia</i>	Si	Si	No	Si	Si	No
	<i>Respeto por las creencias de las otras personas</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No
	<i>Responsabilidad</i>	Si	No	Si	Si	No	Si
	<i>Solidaridad</i>	Si	No	No	No	No	No
	<i>Otros</i>	Compañerismo	Proactividad, respuesta rápida, conocer las condiciones de la emergencia y mis recursos (o recursos) personales antes de intervenir.	Capacidad de toma de decisiones, capacidad para negociar y dialogar, claridad de objetivos, flexibilidad para trabajar con diferentes grupos poblacionales.	Capacidad de análisis (leer cuáles recursos son funcionales en el momento), compromiso de formación, inteligencia práctica, necesidad de aprender, capacidad física, tolerancia a las condiciones.	Capacidad de poner límites, capacidad de autoconocerse, procesamiento de la situación, capacidad de autocuidarse.	Creatividad, apertura, confianza, compromiso ético y moral.
<i>Régimen disciplinario U.C.R.</i>		Si	Si	Si	Si	Si	Si
<i>¿Se sintió desubicado?</i>	<i>Condiciones de la emergencia</i>	Si	Si	No	Si	No	Si
	<i>Cómo intervenir</i>	No	No	Si	No	Si	No
	<i>Desinformación</i>	No	Si	No	No	Si	No
<i>¿Qué hizo para resolverlo?</i>	<i>Supervisión</i>	No	Si	Si	Si	Si	Si
	<i>Paciencia</i>	Si	No	No	Si	No	Si
<i>¿Recibió supervisión en trabajo de campo?</i>		Si	Si	Si	Si	Si	Si
<i>¿Le permitió establecer encuadres?</i>		Si	Si	Si	Si	No	Si
<i>¿Le limitó la tarea?</i>		Si	Si	Si	Si	Si	Si
<i>¿Le dieron contención y apoyo emocional?</i>		Si	Si	Si	Si	Si	Si
<i>¿Vio signos de agotamiento en usted?</i>		Si	Si	Si	Si	No	Si
<i>¿Hicieron alguna actividad de autocuidado?</i>		Si	Si	Si	Si	Si	No

	<i>Tema</i>	<i>Brigadista 1</i>	<i>Brigadista 2</i>	<i>Brigadista 3</i>	<i>Exbrigadista 1</i>	<i>Exbrigadista 2</i>	<i>Exbrigadista 3</i>
¿Quiénes?	<i>Otras brigadas</i>	si	no	no	no	no	no
	<i>Participantes de la brigada</i>	no	si	no	si	no	no
	<i>Instituciones</i>	no	si	si	si	no	no
	<i>Comunidad</i>	no	no	no	si	no	si
Resolución	<i>Diálogo</i>	si	si	si	si	no	si
	<i>Acudir a un supervisor(a)</i>	no	si	no	no	no	no
Importancia del manual	<i>Saber qué hacer</i>	si	si	si	si	si	si
	<i>A quién acudir</i>	no	no	no	si	no	no
	<i>Documento de referencia adaptado a la brigada</i>	si	si	si	no	no	no
	<i>Funcionamiento</i>	no	no	no	si	si	si
Información vital	<i>Elementos de intervención</i>	si	si	si	si	si	si
	<i>Elementos institucionales</i>	no	si	si	si	si	no
	<i>Perfil (capacidades)</i>	si	no	no	si	si	si
	<i>Reglamentación y recursos universitarios</i>	no	no	no	si	si	no
	<i>Particularidades de las poblaciones</i>	si	si	si	si	no	no
	<i>Autocuidado</i>	si	si	si	no	no	no
Presentación de la información	<i>Paso a paso</i>	no	si	si	no	no	no
	<i>Fotos</i>	no	no	no	si	si	no
	<i>Tablas</i>	si	no	no	no	no	si
	<i>Ilustraciones</i>	si	no	si	no	no	si
	<i>Colores</i>	si	no	si	si	no	no
	<i>Otros</i>	Índice claro con subapartados para encontrar rápidamente la información que se necesita.	Claro, concreto y con ejemplos.	Cuadros de notas (sabías qué, qué no hacer), viñetas.	Dividir en elementos transversales (masculinidad, familia, condiciones de vulnerabilidad, afectaciones) y luego por poblaciones (hombres, mujeres, niños, niñas, etc).	Lenguaje que no sea aburrido, experiencias de la Brigada	Mapa, una parte gráfica que de permita acomodarte mentalmente.

Anexo 13. Instrumento de Validación para Expertas(os).

Sección I. A continuación se le presentan los contenidos del Manual de Intervención Psicosocial en Desastres en una tabla, califique los mismos a partir de su conocimiento y experiencia en este campo. Por favor, marque con una "X", en cada una de las opciones, si el contenido presentado en cada apartado es claro, oportuno y pertinente para este tipo de intervención, o bien indique si requiere mejorarse.

INTRODUCCIÓN		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	¿QUÉ ES LA BRIGADA?						
2.	LA TAREA						
a)	Atención Psicosocial						
3.	¿A QUIÉN VA DIRIGIDO EL MANUAL?						
a)	Habilidades						
b)	Valores						
4.	¿CÓMO UTILIZAR EL MANUAL?						
CAPÍTULO I. ASPECTOS TEÓRICOS		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL						
a)	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)						
b)	Terapia Cognitiva						
2.	DESASTRES						
3.	GESTIÓN DEL RIESGO						
4.	SALUD MENTAL						
a)	Salud mental comunitaria						
a)	Salud mental en desastres						
5.	ENFOQUE DE DERECHOS						
a)	Niñez y adolescencia						
b)	Adulthood Mayor						
c)	Migrantes						
d)	Personas con discapacidad						
e)	Género						
CAPÍTULO II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	DEFINICIÓN						
2.	EVALUACIÓN CONDUCTUAL.						
a)	Recopilación de la información						
a.	Análisis funcional						
3.	OTRAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS.						
a)	Triage psicológico						
b)	Perfil de valoración CASIC						
4.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.						
a)	Trastorno por Estrés Agudo						
b)	Trastorno de Estrés Postraumático						
c)	Personas con Enfermedad Mental						
d)	Riesgo de Suicidio						

CAPÍTULO III. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS DESASTRES		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	REACCIONES INICIALES						
2.	CRISIS						
3.	ESTRÉS						
a)	Estrés agudo						
b)	Estrés crónico						
4.	PÉRDIDA						
a)	Reacciones ante la pérdida						
b)	Personas Desaparecidas						
5.	COMPLICACIONES POSTERIORES						
a)	Trastornos de ansiedad						
	Efectos por problemas del estado de ánimo						
b)							
c)	Alteraciones del comportamiento						
d)	Otras alteraciones						
CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	INTERVENCIÓN EN PERÍODO CRÍTICO Y POSTCRÍTICO						
a)	Intervención en crisis						
a.	Primera instancia: Primeros auxilios psicológicos						
b.	Primera instancia: ACERCARSE						
c.	Segunda instancia:						
2.	ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DE INTERV.						
a)	Estrategias						
a.	Intervención Individual						
b.	Intervención grupal						
c.	Intervención comunitaria						
b)	Procedimientos						
a.	Relajación						
b.	Reestructuración cognitiva						
c.	Habilidades de afrontamiento paliativo						
d.	Solución de problemas						
e.	Exposición Terapéutica Directa						
f.	Técnicas expresivas						
3.	POBLACIONES						
a)	Niñez y adolescencia						
a.	Niñez						
b.	Adolescencia						
b)	Adultez						
a.	Mujeres						
b.	Hombres						
c)	Adultez mayor						
d)	Migrantes						
e)	Personas con discapacidad						
f)	Equipos de Primera Respuesta						
g)	Docentes y Centros Educativos						

CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO DENTRO DE LA BRIGADA		Pertinente		Claro		Oportuno	
		Mejorar		Mejorar		Mejorar	
1.	PREPARACIÓN						
a)	Capacitaciones						
	Orientaciones para el trabajo de campo						
b)							
c)	Código de conducta						
d)	¿Qué llevar?						
2.	BITÁCORAS E INFORMES DE TRABAJO						
3.	AUTOCAUIDADO						
a)	Supervisión						
	GLOSARIO						

Sección II. A. Por favor, describa los principales aspectos que se necesitan mejorar en el manual.

Sección II. B. Por favor, describa las principales fortalezas del manual.

Sección III. Por último, ¿considera que el **formato utilizado** facilita el uso del manual?, de lo contrario, ¿qué recomendaciones haría?

Anexo 14. Instrumento de Validación para Brigadistas.

Sección I. A continuación se le presentan los contenidos del Manual de Intervención Psicosocial en Desastres en una tabla, califique los mismos a partir de su conocimiento y experiencia en este campo. Por favor, marque con una "X", en cada una de las opciones, si el contenido presentado en cada apartado es claro, oportuno y pertinente para su uso en el momento de intervención, es decir en campo, o bien indique si requiere mejorarse.

INTRODUCCIÓN		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	¿QUÉ ES LA BRIGADA?						
2.	LA TAREA						
a)	Atención Psicosocial						
3.	¿A QUIÉN VA DIRIGIDO EL MANUAL?						
a)	Habilidades						
b)	Valores						
4.	¿CÓMO UTILIZAR EL MANUAL?						
CAPÍTULO I. ASPECTOS TEÓRICOS		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL						
a)	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)						
b)	Terapia Cognitiva						
2.	DESASTRES						
3.	GESTIÓN DEL RIESGO						
4.	SALUD MENTAL						
a)	Salud mental comunitaria						
a)	Salud mental en desastres						
5.	ENFOQUE DE DERECHOS						
a)	Niñez y adolescencia						
b)	Adulthood Mayor						
c)	Migrantes						
d)	Personas con discapacidad						
e)	Género						
CAPÍTULO II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	DEFINICIÓN						
2.	EVALUACIÓN CONDUCTUAL.						
a)	Recopilación de la información						
a.	Análisis funcional						
3.	OTRAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS.						
a)	Triage psicológico						
b)	Perfil de valoración CASIC						
4.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.						
a)	Trastorno por Estrés Agudo						
b)	Trastorno de Estrés Postraumático						
c)	Personas con Enfermedad Mental						
d)	Riesgo de Suicidio						

CAPÍTULO III. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS DESASTRES		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	REACCIONES INICIALES						
2.	CRISIS						
3.	ESTRÉS						
a)	Estrés agudo						
b)	Estrés crónico						
4.	PÉRDIDA						
a)	Reacciones ante la pérdida						
b)	Personas Desaparecidas						
5.	COMPLICACIONES POSTERIORES						
a)	Trastornos de ansiedad						
	Efectos por problemas del estado de ánimo						
b)							
c)	Alteraciones del comportamiento						
d)	Otras alteraciones						
CAPÍTULO IV. INTERVENCIÓN		Pertinente	Mejorar	Claro	Mejorar	Oportuno	Mejorar
1.	INTERVENCIÓN EN PERÍODO CRÍTICO Y POSTCRÍTICO						
a)	Intervención en crisis						
a.	Primera instancia: Primeros auxilios psicológicos						
b.	Primera instancia: ACERCARSE						
c.	Segunda instancia:						
2.	ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DE INTERV.						
a)	Estrategias						
a.	Intervención Individual						
b.	Intervención grupal						
c.	Intervención comunitaria						
b)	Procedimientos						
a.	Relajación						
b.	Reestructuración cognitiva						
c.	Habilidades de afrontamiento paliativo						
d.	Solución de problemas						
e.	Exposición Terapéutica Directa						
f.	Técnicas expresivas						
3.	POBLACIONES						
a)	Niñez y adolescencia						
a.	Niñez						
b.	Adolescencia						
b)	Adultez						
a.	Mujeres						
b.	Hombres						
c)	Adultez mayor						
d)	Migrantes						
e)	Personas con discapacidad						
f)	Equipos de Primera Respuesta						
g)	Docentes y Centros Educativos						

CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO DENTRO DE LA BRIGADA		Pertinente		Claro		Oportuno	
		Mejorar		Mejorar		Mejorar	
1.	PREPARACIÓN						
a)	Capacitaciones						
	Orientaciones para el trabajo de campo						
b)							
c)	Código de conducta						
d)	¿Qué llevar?						
	BITÁCORAS E INFORMES DE TRABAJO						
2.							
3.	AUTOCAUIDADO						
a)	Supervisión						
	GLOSARIO						

Sección II. A. Por favor, describa los principales aspectos que se necesitan mejorar en el manual.

Sección II. B. Por favor, describa las principales fortalezas del manual.

Sección III. Por último, ¿considera que el **formato utilizado** facilita el uso del manual?, de lo contrario, ¿qué recomendaciones haría?
