



**UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO**  
**EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE DE  
INCORPORACIÓN 8852-25

**REVISIÓN BIBLIOHEMEROGRÁFICA DEL  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMO CONSECUENCIA  
DE UN DESASTRE Y LOS MODELOS DE  
INTERVENCIÓN MÁS UTILIZADOS**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
**P R E S E N T A :**  
**SILVIA CAMACHO PIEDRA**

DIRECTOR DE TESINA:  
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ



ACAPULCO, GRO.

2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# DEDICATORIA

A mi madre.

Por ser la única persona en el mundo  
que siempre está de forma incondicional,  
siendo el sinónimo del sacrificio.

Gracias!

# **AGRADECIMIENTOS**

## **A Dios**

Por ser el combustible que me posibilita a realizar lo imposible.

## **A mi familia**

Por el soporte que me permite mantenerme.

## **A mis amigos**

Por creer en mí.

## **Al Lic. Jorge Álvarez Martínez**

Por su tiempo, apoyo y confianza para hacer y concluir esta meta en mi vida.

## **A ti**

Por participar directa o indirectamente en este proyecto.

# ÍNDICE

## **AGRADECIMIENTOS**

## **DEDICATORIA**

## **INTRODUCCIÓN**

1

## **CAPÍTULO 1. CONCEPTO DE ESTRÉS**

3

### **1.1. Diferentes formas de estrés asociados a las crisis**

8

1.1.1. Estrés agudo

10

1.1.2. Estrés crónico

10

1.1.3. Estrés de inicio demorado

11

### **1.2. Trastorno de estrés-postraumático**

11

1.2.1. Características diagnósticas

16

1.2.2. Síntomas y trastornos asociados

17

### **1.3. Prevalencia**

18

## **CAPÍTULO 2. CONCEPTO DE DESASTRE**

20

### **2.1. Fases y etapas del desastre**

26

2.1.1. Fase I: Antes del evento

27

2.1.2. Fase II: Durante el evento

27

2.1.3. Fase III: Después del evento

28

### **2.2. Factores de riesgo**

28

### **2.3. Clasificación de los desastres**

31

2.3.1. Eventos Geológicos

32

2.3.2. Eventos Hidrometeorológicos

32

2.3.3. Eventos Químicos

33

2.3.4. Eventos Sanitarios

33

### **2.4. Eventos Socio-organizativos**

34

2.4.1. Experiencia en Pasta de Conchos

37

<b>CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>	42
<b>3.1. Modelos de Intervención Psicológica empleados en situaciones emergentes</b>	43
3.1.1. Breve y de Emergencia	44
3.1.2. Control y manejo de estrés	46
3.1.2.1 Respiración diafragmática	46
3.1.2.2. Imaginería guiada	48
3.1.2.3. Escritura emocional autorreflexiva	49
3.1.2.4. Debriefing.	53
3.1.2.5. Defusing	54
3.1.3. Técnicas de la información y la comunicación (TICs)	55
3.1.3.1. Intervención en línea y/o telefónica.	56
<b>3.2. Diferentes puntos de vista de la Intervención psicoemocional, desde diversas teorías y sistemas de la Psicología</b>	61
3.2.1. Psicoanálisis	62
3.2.2. Humanismo	63
3.2.3. Cognitivo-Conductual	65
<b>CAPÍTULO 4. PROPUESTA</b>	67
<b>CONCLUSIONES</b>	72
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	75

# INTRODUCCIÓN

El mundo conoce bien el poder de destrucción originado por acontecimientos terribles como los desastres naturales ya sean: huracanes, terremotos, etc., y muchos otros conocen los casos de: guerra, secuestros, abuso sexual, entre otros. Los efectos físicos de un desastre son evidentes ya que cientos y miles de personas pierden sus vidas o son gravemente heridos, y los efectos emocionales son también obvios en donde los sobrevivientes arrastran las consecuencias. Para muchas víctimas, estos efectos disminuyen o incluso desaparecen con el tiempo. Sin embargo, para otros las secuelas son a largo plazo, lo que originaría un trauma psicológico, que en algunos casos permanecerá de por vida. Por lo tanto, al presentarse esta serie de sucesos el individuo enfrentará de manera inevitable una situación conflictiva de diversa etiología, la cual será incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución a los problemas, por lo que la intervención llevada a cabo por los profesionales de la salud mental sería la más idónea para restablecer su equilibrio emocional.

Este trabajo de investigación documental pretende ofrecer una visión global e integradora de la identificación del estrés postraumático ante situaciones de desastre y los modelos de intervención más utilizados.

En el Primer capítulo “Concepto de estrés” se hace mención de los criterios utilizados para concretar el inicio y la duración de los síntomas del Trastorno por estrés postraumático.

El Segundo capítulo “Concepto de desastre” explica el curso de la reexperimentación de un acontecimiento estresante y altamente traumático ante una situación de desastre, describiendo brevemente el evento socio-organizativo suscitado en la mina Pasta de Conchos en Coahuila.

El Tercero “Intervención en Crisis” describe los modelos de intervención en crisis de probada efectividad utilizados comúnmente ante una situación de desastre.

El Cuarto capítulo contiene la propuesta de las Tecnologías de la Información y Comunicación, que de aquí en adelante denominaremos TICs, esta misma se titula “TICs: Nueva alternativa de atención psicológica en situación de crisis”, cuyo objetivo es brindar apoyo psicológico a distancia a víctimas de desastre.

## CAPÍTULO 1. CONCEPTO DE ESTRÉS

“El término original stress es una palabra de lengua inglesa que designa una fuerza que deforma los cuerpos o provoca tensión”.<sup>1</sup>

Algunos especialistas cuentan que el concepto de estrés ya había sido expuesto por Hipócrates de una manera aproximada a la actual,<sup>2</sup> pero desde su origen como término en los años 50 se convirtió en un símbolo taquigráfico utilizado para explicar lo que nos afecta en el mundo contemporáneo.

El estrés comenzó a recibir atención profesional generalizada después de la Segunda Guerra Mundial. Fue utilizado en el siglo XIV cuando el término comienza a tomar forma definitiva mencionando una sintomatología similar al estrés actual relacionándolo con experiencias negativas, momentos angustiosos, adversidad o aflicción.<sup>3</sup>

Ya en el siglo XVII el término estrés consiguió su primera importancia técnica de la mano del físico y biólogo Robert Hooke intentando ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre a través de su ley de elasticidad “Todo cuerpo se deforma bajo la acción de las fuerzas aplicadas, y al cesar éstas, el cuerpo

---

<sup>1</sup>Especialistas Medicinas Alternativas, ***Estrés y fatiga crónica***, Ed. Lea S.A., 1ª ed., Buenos Aires, Argentina, Mayo 2006. p. 11

<sup>2</sup>Idem. p. 17

<sup>3</sup>Idem.

tiende a recuperar su forma primitiva”<sup>4</sup> (...) “si las fuerzas no sobrepasan determinados valores, las deformaciones permanentes son muy pequeñas, y en consecuencia, dichos cuerpos pueden considerarse elásticos”<sup>5</sup>. El concepto de estrés es entendido aquí como en una situación, una exigencia externa actúa sobre un cuerpo y éste expuesto a un desgaste necesitaría de energía proveniente del sistema nervioso para sobrellevar los desgastes.

Sin embargo el análisis de Hooke influyó en la manera de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología.

Pero quien por primera vez se acerca a la actual definición del término estrés fue el científico húngaro considerado como el padre del estrés Hans Selye (1936) definiéndolo como: “la respuesta adaptativa e inespecífica del organismo ante cualquier estímulo o causa que pueda poner en peligro el equilibrio biológico”<sup>6</sup> por lo que tal proceso recibió el nombre de Síndrome General de Adaptación (SGA) teniendo 3 etapas diferenciadas:

1. “Fase de Alarma: Ocurre cuando se produce el estímulo y rompe el equilibrio del organismo (homeostasis).
  - a. Choque: En esta fase disminuye la capacidad funcional del organismo, y se producen una serie de ajustes para reestablecer la homeostasis.

---

<sup>4</sup>Blanco Díaz, Elena, Cervera Ruiz, Miguel, ***Mecánica de estructuras Libro 1 Resistencia de materiales***, Ed. UPC, 1ª ed.,(reimp, septiembre de 2003), p. 16

<sup>5</sup>Idem.

<sup>6</sup>Campos Granell, José, Cervera Ramón, Víctor, ***Teoría y planificación del entrenamiento deportivo***, Ed. Paidotribo, 2ª ed., p. 21

- b. Antichoque: Durante esta fase comienza la adaptación. El organismo aumentará sus capacidades por encima del nivel inicial, lo que incrementará la actividad hormonal metabólica y cardiovascular.
2. Fase de Adaptación o Resistencia: Durante esta fase el estímulo continúa persistiendo, pero el organismo ya tiene adaptadas sus capacidades e incluso llega a aumentarlas, por lo que tolera perfectamente el estrés al que es sometido por el proceso de entrenamiento.
3. Fase de Fatiga o Agotamiento: Se producirá si el estímulo es de una intensidad muy elevada o persiste durante un período excesivamente prolongado de tiempo, lo que conlleva un agotamiento del sistema nervioso que desembocará en fatiga.”<sup>7</sup>

Después de cada estresor o estímulo le sigue una respuesta, la cual puede ser fisiológica o psicológica; dicha respuesta crea una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales; luego de que el organismo del sujeto ha sido sometido de modo consciente o inconsciente respondiendo de la mejor manera a las exigencias externas. “Este proceso es mucho más complejo ya que, no sólo existe lo mencionado hasta el momento, debido a que en la respuesta al estresor también influye la interacción entre las

---

<sup>7</sup>Barbado Villalba, Carlos, Barranco Gil, David, **Manual de ciclo indoor avanzado**, Ed. Paidotribo, 1ª ed., México 2007, p. 89

demandas que plantee el estresor y de los propios recursos de la persona para hacer frente a dicha demanda”.<sup>8</sup>

“Se piensa que el estrés es sólo una condición a evitarse. Sin embargo Hans Seyle distingue dos tipos: el estrés negativo (distress) que surge de ansiedad o presión aguda y que puede representar un toque áspero para la mente y el cuerpo que origina un sin número de desequilibrio fisiológicos y psicológicos; y un estrés positivo (eustres) que resulta de los retos y luchas que dan sabor a la vida el cual no resulta dañino para la salud”.<sup>9</sup>

Mas tarde, Walter Cannon en 1932 empleó por primera vez en un contexto científico la palabra estrés. Lo calificó como una perturbación en la homeostasis del individuo, debido a la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina, desarrollando así el concepto de reacción lucha-huida, en donde las respuestas automáticas del organismo, identifican cualquier situación percibida como peligrosa, en la que desempeña un papel importante la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal y las terminaciones nerviosas simpáticas.

Es decir, que a pesar que un organismo pueda resistir un bajo nivel de estresores, cuando estos son prolongados o de carácter intenso pueden provocar un quiebre en los sistemas biológicos.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup>Especialistas Medicinas Alternativas, ***Estrés y fatiga crónica***, ob.cit., p. 11

<sup>9</sup>Garrison, Mark, Laredo Hernández Olga, ***Psicología***, Ed. McGraw-Hill, 2ª., México D.F. p. 280

<sup>10</sup>González de Rivera y Revuelta José Luis, ***“Estrés, homeostasis y enfermedad”***, ***Psicología Médica***, <http://www.psicoter.es/estres-homeostasis-enfermedad> (05/06/2010)

Entre los años 1940 y 1950, Harold G. Wolf hizo énfasis sobre el estrés y la enfermedad, enfocando al estrés como un proceso dinámico, en el cual el organismo interactúa con el estímulo. Posteriormente, se desarrollaron teorías sobre el estrés que se basaban en la interacción, en donde Lazarus es el principal representante de esta perspectiva. Él, desarrolla el aspecto cognitivo y las evaluaciones adaptativas o desadaptativas que se pueden hacer sobre la realidad. Lo define como una relación entre la persona y el ambiente, el cual es cognitivamente evaluado como significativo y que excede a sus recursos. Planteó el concepto de evaluación centrándose básicamente en el estrés psicológico, donde podía distinguir tres estados (amenaza, daño-pérdida y desafío).<sup>11</sup>

A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

Finalmente, existen muchas definiciones acerca de lo que es exactamente el estrés e incluso los investigadores en ese campo utilizan el término de diferentes maneras, para unos es un evento que produce “tensión o preocupación, otros lo describen como una respuesta física o psicológica de dicho evento, o bien como la percepción de una persona acerca del evento”.<sup>12</sup> Pero no se debe olvidar que el estrés no es necesariamente “malo” considerando que a lo largo de la vida, el estrés es un reto que se enfrenta de manera inevitable y repetida.

---

<sup>11</sup>Casuso Ferrand, Liliana, ***El estrés, ¿un producto del siglo XX?***, [http://www.multimedios.org/docs/d001727/ \(02/03/2010\)](http://www.multimedios.org/docs/d001727/ (02/03/2010)

<sup>12</sup>Garrison Mark, Laredo Hernández Olga, ***Psicología***, ob.cit., p. 280

## **1.1. Diferentes formas de estrés asociados a las crisis.**

Generalmente las personas que han vivido un episodio dramático en su vida: (guerra, muerte de un ser querido, secuestro...) como consecuencia presentan un proceso de crisis asociado al estrés en el cual se manifiestan determinado tipo de signos o síntomas.

De acuerdo al DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales se han establecido una serie de categorías diagnósticas que se describen a continuación con la finalidad de identificar el estrés postraumático de forma inmediata.

“A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

1. La persona ha experimentado, uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos de los acontecimientos recurrentes e intrusos que provocan malestar en donde se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (flashbacks).
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva.
7. Sensación de un futuro desolador.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

Estas alteraciones si se prolongan por más de un mes provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, por lo que se presentara el Trastorno por estrés postraumático (TEPT) con la siguiente clasificación de acuerdo al DSM-IV”.<sup>13</sup>

#### 1.1.1. Estrés agudo.

“Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses”.<sup>14</sup>

#### 1.1.2. Estrés crónico.

“Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses”.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup>American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. **“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”**. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001, Diciembre de 2002, p. 439

<sup>14</sup>Idem. p. 436

<sup>15</sup>Idem.

### 1.1.3. Estrés de inicio demorado.

“Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses”.<sup>16</sup>

## 1.2. Trastorno por estrés postraumático

Las reacciones psicológicas a los hechos traumáticos han provocado un gran interés a lo largo de la moderna historia de la psicología.

Desde la antigüedad el trauma psicológico ha acompañado a la humanidad de una manera universal, mencionando los viejos textos como por ejemplo, la Biblia donde hacen referencias a los efectos psicológicos de los hechos traumáticos, especialmente a las consecuencias de la violencia y la guerra.

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) tiene su origen en la psiquiatría a finales del siglo XIX cuando el médico británico Herbert Page llamó shock nervioso a la sintomatología postraumática como efecto de la explosión a las granadas durante la Primera Guerra Mundial y asignó su etiología al terror experimentado, en lugar del daño orgánico tal como era la creencia de su época.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup>Ídem.

<sup>17</sup>L. Mosca Daniel, H. Cazabat Eduardo, “Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico” *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, N° 1, 2002, Vol. 1, Buenos Aires, Diciembre 2002, p. 38

En 1915, el británico Charles Myers fue el primero en utilizar el término shock nervioso, postulando, que las causas de los síntomas que presentaban los soldados, eran de origen psicológico, incluso encontrando una semejanza con los síntomas de la histeria; aunque la creencia más común, era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad de los soldados, incluyendo el uso de amenazas, castigos y avergonzamientos, a modo de tratamiento utilizando descargas eléctricas para tratar el mutismo y pérdida sensorial de los pacientes.<sup>18</sup>

Hermann Oppenheim en 1889 acuñó el término neurosis traumática atribuyendo la sintomatología postraumática a cambios moleculares sutiles en el Sistema Nervioso Central (SNC).<sup>19</sup>

En el estudio de la histeria Jean Martin Charcot observó la relación entre la histeria, a la que él llamó gran neurosis y los traumas sufridos cuyo exclusivo interés fue observar, describir y clasificar los síntomas de la simulación o posesión demoníaca (considerados así en ese momento) sin detenerse en la vida interior de los pacientes.<sup>20</sup>

Sigmund Freud y Pierre Janet, alumnos de Charcot, se interesaron en encontrar la causa de la histeria por lo que llegaron a la conclusión de que la histeria era causada por el trauma psicológico en donde Janet lo llamo Disociación y Freud Doble conciencia. Posteriormente en el año 1896, Freud afirma que las

---

<sup>18</sup>Idem. p. 39

<sup>19</sup>Idem. p. 38

<sup>20</sup>Idem. p. 39

experiencias sexuales prematuras se encontraban en las fantasías y deseos infantiles y no en las bases de la histeria como el pensaba.<sup>21</sup>

En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial Abraham Kardiner, describió los síntomas asociados al estrés postraumático, incluyendo la amnesia. La Primera edición del DSM aparece en 1952 año en que los psiquiatras norteamericanos trataban veteranos de la Segunda Guerra y de Corea, incluyendo el diagnóstico reacción a gran estrés, el cual describía síntomas de individuos expuestos a algún tipo de estrés. En la Segunda edición del DSM en 1968, durante la Guerra de Vietnam donde realmente se prestó atención a los efectos traumáticos, el término de reacción a gran estrés desapareció y fue reemplazado por el “Trastorno adaptativo de la vida adulta”.<sup>22</sup>

Pero fue en 1978 cuando Charles Figley publicó el primer libro acerca del estudio del trauma: Trastornos de estrés entre los veteranos de Vietnam, en el que se subrayan las características principales de lo que hoy conocemos como Trastorno por estrés postraumático; incorporado en 1980 a la Tercera edición del DSM por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).<sup>23</sup>

El término trastorno se utiliza para señalar la “presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la

---

<sup>21</sup>Ídem.

<sup>22</sup>Ídem.

<sup>23</sup>Ídem. p. 40

práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo”.<sup>24</sup>

El Trastorno por estrés postraumático está considerado como un trastorno dentro del grupo de los Trastornos de ansiedad (DSM-IV) y también es considerado como un trastorno dentro del grupo de reacciones a estrés grave y Trastornos de adaptación (CIE-10).

El término TEPT engloba dos aspectos importantes: la respuesta al estrés, la cual es naturalmente patológica y al trauma.

“El Trastorno por estrés postraumático cuya etiología proviene del griego aition: causa y logos: tratado (trata del estudio de las causas de las enfermedades) es multifactorial, debido a que existen diferentes aspectos que determinan la naturaleza propia de dicho trastorno al presentarse en los diferentes casos clínicos:

- a) Naturaleza del estrés: El estrés debe ser lo suficientemente grave para estar fuera del ámbito de la experiencia humana habitualmente considerada como normal: desastres naturales, desastres accidentales o desastres deliberadamente causados por la acción humana. El componente psicológico incluye sentimientos de intenso temor, desamparo, pérdida de control y amenaza de aniquilación. El estrés, además, varía de acuerdo a su duración y gravedad; el carácter súbito de un estrés aumenta la gravedad y el individuo se encuentra incapaz de desarrollar defensa alguna. El impacto puede ser

---

<sup>24</sup>CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, Organización Mundial de la Salud, Madrid 2002, pp. 25,26

también más grave si la persona se siente atrapada o arrinconada y no tiene oportunidad de luchar o huir.

- b) Naturaleza de la persona: Existen factores que determinan la predisposición de una persona para sufrir de un trastorno mental, tales como la edad, los rasgos de personalidad, las incapacidades psicopatológicas anteriores, predisposición genética y disponibilidad de apoyos sociales.
  
- c) Factores orgánicos: En el momento de experimentar el estrés, el organismo reacciona inmediatamente a este suceso. Los síntomas que aparecen inmediatamente después del suceso traumático son producidos, casi con toda seguridad, en parte, por una enorme descarga vegetativa en respuesta al miedo; esta activación autonómica persiste durante días, semanas o incluso meses. En algunos casos, la existencia de traumatismos físicos provocan que el estrés se viva con mayor intensidad, agravándose aún más el problema.<sup>25</sup>

Por definición el TEPT es causado por un estrés tan grave que es probable que produzca traumas psicológicos en la mayoría de los individuos normales; sin embargo, las situaciones estresantes más graves no producen TEPT en todos los individuos que experimentan el estrés. De hecho, se toman en cuenta muchas variables con las cuales es necesario contar para poder definir una cierta situación determinada.

---

<sup>25</sup>Benítez Alabarràn, Nancy, Moreno Molina, Azucena, **Estilos de afrontamiento ante el estrés en estudiantes de la carrera de psicología de la UNAM. Un estudio comparativo**, Tesis, (15/06/2010)

Se ha descubierto que una red de apoyo social interviene como agente protector cuando se vive un suceso traumático. No existe una edad de inicio determinada para el desarrollo del TEPT, ya que, se presenta a cualquier edad, y los miembros de la familia o los amigos representan un soporte significativo para el sujeto, aunque la edad no es un factor determinante a menor edad existe un mayor riesgo de desarrollo y síntomas más severos.

A través del tiempo este trastorno ha aumentado reportándose que es mayor el número de mujeres que desarrollan TEPT con respecto a los hombres, debido a que la diferencia es cuatro veces mayor: por cada cuatro mujeres con este trastorno existe sólo un hombre. Sin embargo, las mujeres se perciben con más apoyo social en comparación con los varones beneficiándolas en términos de éxito durante el tratamiento.

Pero, cabe destacar que algunas personas soportan con fuerza sorprendente los golpes de la vida siendo el dolor un impulso para crecer internamente; a esto se le llama hoy en día resiliencia.<sup>26</sup>

#### 1.2.1. Características diagnósticas

Desde su aparición como categoría diagnóstica en el DSM-III, el TEPT ha experimentado importantes modificaciones. De esta forma en el DSM-IV especifica que el trastorno aparece cuando existe “exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que

---

<sup>26</sup>“Resiliencia, impulsarnos desde el dolor”, *Psychologies*, Ed. Premiere, N° 14, Diciembre, 2009, p. 36

representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado).<sup>27</sup>

El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes, y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.<sup>28</sup>

En conclusión, todos los teóricos e investigadores de este trastorno, concuerdan en que éste tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y el origen es del desastre es ocasionado por el hombre.

### 1.2.2. Síntomas y trastornos asociados

“Los individuos con TEPT pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones

---

<sup>27</sup>American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, ob.cit., p. 435

<sup>28</sup>Idem. p. 435

interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida de empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales o físicos en los niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad; vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad, retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas”.<sup>29</sup>

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias.

### **1.3. Prevalencia**

La Salud Pública de México reportó en el año 2005 por medio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que se realizó entre 2001 y 2002 a una población mexicana urbana de 18 a 65 años de edad que el 68% de la población ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida. La exposición varía por sexo (violación, acoso y abuso sexual con más frecuentes en

---

<sup>29</sup>ídem. p. 436

mujeres; los accidentes y robos, entre los hombres) y por edad (niños, adolescentes, mujeres adultas, jóvenes y personas de la tercera edad). El 2.3% de las mujeres y el 0.49% de los hombres presentaron Trastorno de estrés postraumático<sup>30</sup>.

Se estima que el TEPT tiene una prevalencia que oscila del 1 al 14% de la población general<sup>31</sup>, teniendo en cuenta que los datos son un tanto dispares ya que los datos epidemiológicos proceden de la población general, algunas veces se trata de muestras clínicas de niños y adolescentes, sin olvidar que algunos hacen referencia a personas adultas que recuerdan experiencias traumáticas de su infancia y las repercusiones que estas tuvieron. Lo que significaría que no toda la población requiere atención psicológica especializada para superar este evento disruptivo, por lo que las víctimas afrontan estas vicisitudes con la ayuda de familiares, redes sociales, apoyos gubernamentales etc., a excepción de los individuos que presentan un trastorno de inicio demorado como por ejemplo (...) los veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas a lo que su prevalencia oscila del 5 al 58%<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup>Salud Pública de México "**Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana**" <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n1/a04v47n1.pdf> (11/11/2010)

<sup>31</sup>Ídem p. 437

<sup>32</sup>M.A. Azcárate Mengual, **Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral a la violencia**, ed., Díaz de Santos, 2007, p. 4

## CAPÍTULO 2. CONCEPTO DE DESASTRE

A lo largo de la historia, los acontecimientos destructivos se han descrito tanto para el individuo como para la comunidad, los conceptos de accidente, desastre o catástrofe.

Investigadores y científicos emplean comúnmente un mismo término para describir este tipo de situaciones debido a que todas ellas podrían ser englobadas dentro de un mismo ámbito conceptual, ya que hacen referencia a “sucesos estresantes que ponen en peligro la integridad física y el equilibrio personal de un individuo”.<sup>33</sup>

Los conceptos mencionados con anterioridad, producen una situación de estrés a todas las personas implicadas, así como a la comunidad afectada terminando en una alteración, en la mayoría de los casos temporal, en el equilibrio psicológico por los cambios en su ambiente, a lo que requieren una intervención inmediata.

Los conceptos accidente, desastre y catástrofe se diferencian por:

1. “El número de personas implicadas.
2. Capacidad de respuesta del sistema y ruptura.
3. Daños en los sistemas sociales.”<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup>García Renedo, Mónica, Gil Beltrán, José Manuel, et.al, ***Psicología y desastres: aspectos psicosociales***, ed. IV, 2007, p. 28

<sup>34</sup>Idem. pp. 32

Entonces, tomando en cuenta los tres criterios anteriores se considera al accidente como el suceso en donde las personas implicadas se limita a un pequeño sector de la población, los recursos de la comunidad son suficientes para dar respuesta y no produce interferencia ni daños en las estructuras sociales de la comunidad como por ejemplo: un accidente de tráfico, incendios... En el desastre el número de personas implicadas es mucho mayor, aunque en ocasiones los daños se sitúan en los destrozos que han causado en las diferentes estructuras sociales, por lo que los recursos comunitarios habituales no son suficientes para dar respuesta a las demandas que han surgido por ejemplo: un escape radioactivo, huracán, terremoto... Por último, la catástrofe es el evento que causa mayores daños en una comunidad, en donde todas las estructuras sociales están destruidas, por lo que se requiere ayuda externa para la recuperación de la comunidad, por ejemplo: un tsunami que destruya una comunidad entera.<sup>35</sup>

Los conceptos catástrofe y desastre, en ocasiones se confunde en el lenguaje coloquial, pero tienen significados diferentes como se mencionó en el párrafo anterior sin embargo la acepción verdadera se entiende considerando “la catástrofe como el hecho y el desastre como la consecuencia”.<sup>36</sup>

Aunque en la literatura estos términos se utilicen de forma confusa la palabra que mas predomina es la de desastre.

---

<sup>35</sup>Idem. pp. 31,32

<sup>36</sup>IBIS, International Bioethical Information System: *Intervención en desastres y catástrofes: ética y complejidad.*

“Etimológicamente la palabra desastre proviene del latín des (negativo, desafortunado), y astre (astro, estrella), desgracia derivada de los astros o dioses, más allá del control humano”.<sup>37</sup>

La definición fundada del concepto desastre es la propuesta por el sociólogo Charles Fritz en 1961 en donde plantea a un desastre como:

*“Un evento, concentrado en el tiempo y espacio, en el que una sociedad, o subdivisión de esa sociedad relativamente autosuficiente, sufre un daño severo que incurre en tales pérdidas personales y materiales que se rompe la estructura social y se impide el cumplimiento de todas o de algunas de las funciones esenciales de la sociedad. Visto de este modo, un desastre es un suceso que altera el funcionamiento vital de una sociedad. Esto afecta al sistema de supervivencia biológica (subsistencia, refugio, salud, reproducción), al orden del sistema (división de trabajo, patrones de autoridad, normas culturales, roles sociales), al sistema moral (valores, diferentes definiciones de realidad, mecanismos de comunicación), y la motivación de los participantes dentro de estos sistemas”.*<sup>38</sup>

A raíz de esta definición, son muchas las definiciones que diferentes autores han propuesto para este concepto pero todas tienen en común el hecho de rebasar la capacidad de respuesta de la comunidad donde sucedió el evento.

Un desastre no es precisamente un fenómeno de la naturaleza o de origen humano, se refiere a los resultados dañinos que estos fenómenos producen sobre una determinada comunidad.

---

<sup>37</sup>García Renedo, Mónica, Gil Beltrán, José Manuel, et.al, **Psicología y desastres: aspectos psicosociales**, ob.cit., p. 32

<sup>38</sup>Idem. pp. 32,33

Para poder comprender la ocurrencia de un desastre es necesario observar la “amenaza (se produce un fenómeno natural o causado por el hombre cerca de lugares poblados), la vulnerabilidad (si la comunidad vive en lugares considerados como peligrosos, por ejemplo cerca de un volcán, en el cauce de un río...) y el riesgo (lugares en donde aparte de que el fenómeno natural provoca muchos daños, no se tomen en cuenta medidas preventivas ni ningún tipo de planificación)”.<sup>39</sup> Al presentarse estas 3 condiciones al mismo tiempo originan un desastre ya que si se presentan de forma separada no representarían mayor peligro.

Generalmente cuando se piensa en víctimas de desastres se consideran sólo aquellas personas que han sufrido algún tipo de lesión o pérdida. “No obstante en los años 70-80 diferentes investigadores hablaban de las víctimas ocultas de los desastres señalando a las diferentes personas que intervienen en el desastre como por ejemplo, bomberos, cuerpos de seguridad y de atención médica así como los voluntarios que también pueden llegar a experimentar estrés u otras reacciones psicológicas similares a las encontradas en las personas que sufren el impacto y que a pesar de ello no suelen ser reconocidas”.<sup>40</sup>

“En 1981 Taylor y Frazer clasificaron la Organización de asistencia a las víctimas la cual es la más aceptada por varias organizaciones a nivel mundial; para estos autores hay 6 niveles de víctimas:

---

<sup>39</sup>Idem. pp. 42-45

<sup>40</sup>Idem. p. 118

1. Víctimas primarias: Personas que han estado expuestas al impacto del evento catastrófico.
2. Víctimas secundarias: Familiares y amigos de las víctimas primarias.
3. Víctimas de tercer nivel: Personal de rescate y rehabilitación de la comunidad.
4. Víctimas de cuarto nivel: Personas que se encargan del cuidado de los miembros de la comunidad más allá del impacto.
5. Víctimas de quinto nivel: Personas que aunque no están relacionadas directamente en el área de impacto, pueden desencadenar una serie de reacciones y consecuencias psicológicas (telespectadores).
6. Víctimas de sexto nivel: Aquellos que debieron haber sido víctimas primarias, indujeron a otros para que acudieran a la zona del desastre o que están indirectamente implicados (familiares que esperan noticias en casa, personas que debían haber estado allí)".<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup>Ídem. p. 119

Desde el punto de vista de la salud mental los desastres implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada. Por lo general, los desastres tienen consecuencias económicas las cuales producen empobrecimiento, destrucción ambiental, etc., pero también producen un deterioro en la vida de las personas y una desintegración de las familias y de la comunidad, por lo que los individuos pueden desarrollar trastornos depresivos, ansiosos, cuadros de estrés agudo y postraumático.<sup>42</sup>

La mayoría de las personas cuentan con recursos propios para afrontar una situación traumática, además de apoyos sociales y estilos de afrontamiento adaptativos que les permiten salir adelante. Pero se ha demostrado científicamente, que sólo algunos sujetos experimentan problemas más serios o duraderos, es decir que el éxito o fracaso del afrontamiento ante dicha situación, depende, de la capacidad que posea la persona para evaluar la situación, ya que, cada uno le da un significado diferente a las experiencias por las que ha experimentado.

Todos los procesos involucrados en la capacidad adaptativa de un individuo se examinan a nivel biológico, psicológico, interpersonal y sociocultural en forma simultánea y sucesiva, por lo que las personas que poseen un conjunto de recursos sociales son menos propensas a que la situación traumática permanezca en sus defensas.

---

<sup>42</sup>Pérez, Ricardo, Rodríguez, Jorge, et.al, **Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres**, N° 7, 2006, Washington, DC, p. 4

En México fenómenos tales como sismicidad, vulcanismo, huracanes, inundaciones, explosiones, incendios, etc. han hecho que el tema de los desastres sea un aspecto de nuestra vida cotidiana.<sup>43</sup>

La diversidad de eventos a los que ha estado sometida la población de gran parte del territorio mexicano, así como la posibilidad real de que esta tendencia se agudice en los próximos años, es motivo de preocupación por diversos sectores sociales. Sin embargo, la problemática de los desastres aún no ha sido considerada en toda su magnitud y hoy en día carece de una idea clara de lo que significa vivir en una zona de alto riesgo y convivir día a día con desastres de diverso orden.<sup>44</sup>

## **2.1. Fases y Etapas del desastre**

Los desastres habitualmente no pueden ser evitados, pero las personas deben estar preparadas para saber cómo actuar antes, durante y después de un evento siconatural.

“Los eventos siconaturales se desarrollan en fases que incluyen etapas.

---

<sup>43</sup>Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, **Desastres y sociedad**, Julio-Diciembre 1993, N° 1, Año 1, p. 2

<sup>44</sup>Idem.

### 2.1.1. Fase I: "Antes del evento"

Antes de un desastre natural, como por ejemplo un terremoto, inundación, huracán, existen periodos de tiempo que permiten prepararse y realizar actividades previas como:

- a) Prevención: Consiste en tomar las medidas necesarias para evitar que el evento resulte sorpresivo. Para ello existen instrumentos de prevención que indican las condiciones ambientales que propician el desastre. Algunos de estos instrumentos son: el barómetro, el higrómetro, la veleta, el anemómetro, los sismógrafos, los satélites artificiales, entre otros.
- b) Preparación y Mitigación: Una vez anunciado el evento, se requiere buscar las alternativas para reducir los efectos del evento sobre los bienes y las personas. Se incluye acudir a refugios, sitios seguros o menos peligrosos.
- c) Alerta: Se refiere a estar atentos y vigilantes a la ocurrencia del evento, para ello existen sirenas y medios de comunicación que mantienen informadas a las personas involucradas.

### 2.1.2. Fase II: "Durante el evento"

En esta etapa se encuentra la etapa de respuesta, que consiste en enfrentar el evento, realizando las acciones de evacuación, salvamento y asistencia sanitaria, practicadas en un simulacro. El control que las personas ejerzan sobre sí mismas ante

el desarrollo del evento, les permite actuar adecuadamente para hacer lo necesario en el momento preciso.

Una persona fuera de control se rinde más rápidamente que otra que esté controlada, ya que piensa lo que debe hacer y ayuda a dirigir a los demás.

### 2.1.3. Fase III: "Después del evento"

En esta fase, se cumple la etapa de rehabilitación que se compone de la atención y recuperación de las personas afectadas; y la etapa de reconstrucción que contempla la recopilación de los datos que permiten hacer una descripción de los hechos y sus consecuencias. A partir de allí, comienza la recuperación de la planta física afectada como las carreteras, puentes, servicios públicos (agua, luz, teléfono) y en general todo lo que ha sido destruido o dañado por el evento.

Algunos eventos socionaturales, han sido de gran relevancia para la humanidad debido a los efectos y consecuencias lamentables".<sup>45</sup>

## 2.2. Factores de riesgo

Aquellos individuos en riesgo y los factores que pueden mediar necesitan identificarse para que puedan implementarse los servicios e intervenciones adecuadas.

---

<sup>45</sup>Fases y etapas de los eventos socionaturales, <http://www.rena.edu.ve/SegundaEtapa/ciudadania/fasesetapas.html> (15/07/2010)

“Las reacciones individuales al estrés extremo varían en términos de los factores de riesgo específicos que se hallan presentes en el individuo o en su vida durante la época de crisis (Myers, 1989):

1. Edad y fase de desarrollo. El grado de habilidad y experiencia puede ser un factor de riesgo, como en el caso de los niños, que no tiene la capacidad para entender y racionalizar lo que ha sucedido, así como carecer de la habilidad verbal necesaria para describir sus experiencias; o en los adultos más viejos quienes podrían encontrarse impedidos, física o mentalmente, en su habilidad para buscar ayuda y utilizar los recursos disponibles.
2. Salud. Mala salud, enfermedad reciente o trastorno mental pueden impedir lograr el acceso al cuidado médico, sobre todo en los desastres naturales y sus consecuencias.
3. Discapacidad. Movilidad, vista, oído o discurso deficientes puede poner a la persona en riesgo de no obtener los suministros necesarios para la recuperación.
4. Estrés preexistente. Un cambio reciente de trabajo, preocupaciones financieras, traslados, cambios familiares y otros problemas pueden incrementar el riesgo, debido al estrés acumulado y a sistemas de apoyo sociales dañados.

5. Eventos traumáticos vitales previos. Los resultados exitosos pueden haber generado capacidades de afrontamiento y habilidades de supervivencia. Los resultados insatisfactorios o las reacciones emocionales que no funcionan no pueden dejar a los individuos vulnerables ante estrategias de afrontamiento desadaptativas, y con reacciones emocionales intensas ante agentes estresantes actuales.
6. La fortaleza del sistema de apoyo. La ausencia o pérdida de sistemas de apoyos sociales o psicológicos pueden poner en riesgo a las personas.
7. Habilidades de afrontamiento deficientes o esfuerzos desadaptativos indican que una persona está en riesgo.
8. La expectativa del ego y de los demás. Los miembros de la familia que necesiten de un cuidado puede añadirse al estrés de la víctima, el modo en el que la víctima reacciona y se comporta durante y después de un evento traumático difiere, a menudo, de cómo se lo imagino esa persona.
9. Estado de los familiares. Si se encuentran separados en el momento de la crisis, el individuo puede padecer un estrés severo y a veces un daño potencial en su intento por localizarlos.

10. Entorno étnico y cultural. La barrera del idioma puede poner en peligro a los individuos así como también interferir con su habilidad para obtener o utilizar los servicios y suministros durante un evento traumático.
11. Interacción entre la ocupación del individuo y el evento. Los individuos se encuentran en un mayor riesgo potencial cuando su ocupación se superpone con el evento traumático.
12. Percepción e interpretación del evento. El modo en el que el individuo percibe un evento afectará el nivel de estrés experimentado y a su efectividad en el afrontamiento, las personas pueden sufrir culpa y depresión grave si piensan que ellos fueron responsables”.<sup>46</sup>

El individuo afectado se da cuenta que tiene un conflicto por que se alteran sus funciones y/o capacidades de pensamiento y acción, además de tener graves trastornos emocionales.

### **2.3. Clasificación de los desastres**

México es un país en el que desafortunadamente están constantemente presentes fenómenos destructivos y paradójicamente los que pueden desencadenar en desastres de gran magnitud son aquellos de mayor incidencia.

---

<sup>46</sup>Macías Flores, Patricia Aurora, *Taller para interventores en crisis y/o personal de primer contacto para la atención de víctimas en un desastre*, Tesina, (17/08/2010)

Los elementos que alteran y que dan lugar a un desastre principalmente son fenómenos naturales o de origen humano, los cuales se dividen en:

### 2.3.1. Eventos Geológicos

Son aquellos directamente relacionados con la actividad de la tierra, dentro de los cuales se incluyen fenómenos destructivos tales como: sismos, vulcanismo, deslizamiento y colapso de suelo, hundimiento y agrietamiento; y algunas de las consecuencias de los sismos y erupciones volcánicas importantes, como los maremotos entre otros. De todos estos fenómenos, la sismicidad y el vulcanismo adquieren en el país particular importancia, ya que su área de influencia abarca casi la totalidad del territorio nacional.<sup>47</sup> Como prueba de esto tenemos el tsunami de Indonesia en 2004 en donde hubo 229.866 mil pérdidas humanas aproximadamente, generando pérdidas materiales de más de 80 mil millones de pesos, o bien, el terremoto de Haití ocurrido en este año 2010 llegando a los 200 mil muertos y 250 mil heridos.

### 2.3.2. Eventos Hidrometeorológicos

En este grupo se integran todos aquellos fenómenos climáticos que, en su exceso causan algún tipo de problema. Este tipo de fenómenos destructivos comprende inundaciones las cuales se dividen en pluviales y fluviales. Se presentan en forma de: lluvia,

---

<sup>47</sup>Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, **Desastres y sociedad**, ob.cit., p. 3

granizo o nieve, y se puede originar por huracanes, masas polares, vientos y otros.<sup>48</sup> De hecho este fenómeno expone con mayor frecuencia a una parte importante del país que genera numerosas pérdidas materiales. Tal es el caso del huracán Paulina en Guerrero en el año 1997, dejando aproximadamente 400 muertos con más de 300 mil personas damnificadas, registrándose daños por más de 80 mil millones de pesos.

### 2.3.3. Eventos Químicos

Son aquellos provocados por el hombre, ya sea de manera accidental o intencional entre los que destacan los incendios urbanos, fugas tóxicas de residuos peligrosos, etc. Dentro de este apartado merecen especial atención los incendios forestales, dado que éstos llegan a ocasionar graves pérdidas económicas y materiales.<sup>49</sup> La Comisión Nacional Forestal (Conafor) reportó que hasta el 25 de Marzo del 2010 se han registrado 765 incendios forestales, que han afectado 5,017 hectáreas, siendo los estados de Michoacán, Oaxaca, Yucatán, Chiapas y México con más superficie afectada.

### 2.3.4. Eventos Sanitarios

“Dentro de esta clasificación destacan la contaminación en todas sus modalidades y la desertificación natural provocada por el hombre; ambas se presentan en nuestro país en niveles que exigen atención. Por otra parte están las epidemias, que aun cuando han

---

<sup>48</sup>Idem. p. 4

<sup>49</sup>Idem. p. 5

sido reducidas sustancialmente a través de programas preventivos de salud, requieren de acciones oportunas para disminuir la posibilidad de peligro en tanto no se logre su erradicación total”.<sup>50</sup> Por ejemplo la pandemia de gripe A (H1N1) también conocida como influenza porcina o gripe del cerdo en el 2009 la cual generó un deceso de 136 mil personas a nivel nacional y con 72 mil 265 casos acumulados registrados en la actualidad por la Secretaría de Salud.

## **2.4. Eventos Socio-organizativos**

“En este grupo de fenómenos destructivos se encuentran principalmente accidentes resultados de la actividad cotidiana de la población y asociados directamente con procesos del desarrollo económico, político, social y cultural. Como es el caso de los accidentes aéreos, terrestres, marítimos y fluviales; la interrupción o desperfecto en el suministro u operación de servicios públicos y sistemas vitales; los problemas ocasionados por concentraciones masivas de población y los actos de sabotaje y terrorismo”.<sup>51</sup>

Puede ser considerado como el más dañino para la población, y a su vez es el más ignorado. Algunas de sus manifestaciones son: suicidios, violaciones, alcoholismo y drogadicción.

Un evento socio-organizativo que define y describe este tipo de riesgo es el de la mina Pasta de Conchos la cual está ubicada en el Municipio de San Juan de Sabinas, en la región de Nueva Rosita, en Coahuila, México.

---

<sup>50</sup>Ídem. p. 5

<sup>51</sup>Ídem. p. 6

El desastre ocurrió a las 02:10 horas el domingo 19 de febrero del 2006 debido a una explosión provocada por acumulación de gas grisú, en donde 65 trabajadores quedaron atrapados en la mina de carbón numero 8, propiedad de Industrial Minera México, S.A. de C.V. (IMMSA), a 160 metros de profundidad. En donde 11 carboneros que estaban en una plancha, en un nivel superior de la mina, salieron con quemaduras de primer y segundo grados.

Debido a este accidente, el Obispo de la Diócesis de Saltillo; monseñor Raúl Vera, y el obispo de la Diócesis de Piedras Negras monseñor Alfonso G. Garza Treviño solicitaron a través de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), apoyo psicológico del Maestro Jorge Álvarez Martínez para los familiares de los mineros muertos en la explosión, quien es el responsable del Programa de Intervención en Crisis a víctimas de Desastres Naturales y Socio-Organizativos de dicha Institución.

Posteriormente se formó una brigada de atención psicológica compuesta por 4 psicólogos de la Facultad de Psicología de la UNAM y 16 estudiantes de Psicología de la Universidad Americana de Acapulco (UAA); partiendo de Chilpancingo Guerrero, con escala en la Ciudad de México para dirigirse a Nueva Rosita Coahuila, a donde se llegó el Lunes 6 de Marzo a las 6:00 a.m. en la Parroquia del Sagrado Corazón, encontrándose el Maestro Jorge Álvarez Martínez quien llegó un día antes para ajustar los detalles logísticos para la estadía de los brigadistas. Asistiendo enseguida a la zona del desastre.

En este escenario se conformaron dos grupos, uno de mujeres, formado por esposas, hermanas, madres, hijas y cuñadas de los trabajadores muertos y otro de hombres, en el que se integraron familiares cercanos como padres, hermanos e hijos, así como amigos, compañeros de trabajo y mineros que decidieron acercarse a comentar sobre el suceso con los familiares. Recalcando que la mayoría de los hombres son mineros en activo o jubilados ya que es la fuente de trabajo natural en la región en un porcentaje alto.

Las dos sesiones se dieron lugar en la zona de seguridad de la mina, trabajando por separado con cada uno de los grupos, teniendo una duración de 90 minutos aproximadamente, con el fin de conocer la situación real, desde el momento del accidente hasta el día 16 en el que se comenzó la labor terapéutica identificando el tipo de población con la cual se desarrollaría el trabajo.

El día siguiente 7 de Marzo, se comenzó el trabajo formal, dando atención psicológica por las mañanas a la gente que se encontraba en la mina. Las actividades fueron de manera grupal, formando círculos más pequeños en los cuales se reunieron a todas las esposas en un grupo particular, a las madres en otro y a las hermanas en otro diferente; los hombres continuaron trabajando en un solo grupo, ya que eran menos numerosos.

Este mismo día por la tarde se inició visitando distintas comunidades en coordinación con la Diócesis de Piedras Negras y los grupos de voluntarios católicos como Pastoral Social y Caritas, coordinados estos mismos por los párrocos de las comunidades. Los

brigadistas se presentaron en comunidades diferentes, Palaú, Saucedá, Agujitas y Nueva Rosita, en las cuales; las parroquias tenían ya señalados nombres y direcciones de las familias que tenían familiares atrapados, así como también a aquellas en las que la atención psicológica era requerida de manera urgente.

La brigada se distribuyó en 11 Interventores en crisis los cuales se dirigieron a la comunidad de Palaú, en la que cada uno de los brigadistas atendería a 3 familias distintas, haciendo el compromiso de acudir a sus casas, durante tres días consecutivos, es decir, hasta el día Jueves 9 de Marzo, a la comunidad de Nueva Rosita se enviaron 7 brigadistas, y a la comunidad de Agujitas se enviaron a 3, todos ellos con el mismo plan de trabajo.

La intervención a las familias de los mineros caídos, los siguientes días, 8 y 9 de marzo, los brigadistas acudieron a la mina, pero estos días, se proporcionó atención individual a las personas que lo solicitaron de esta manera, y por la tarde se trabajó en las comunidades con la misma distribución antes mencionada.

#### 2.4.1. Experiencia en Pasta de Conchos

Durante el apoyo psicológico a familiares de los mineros caídos atendí en la comunidad de Agujitas sólo 2 días, ya que en 1 de los 3 días asignados se presentó un problema con el transporte.

En el primer día de intervención tuve la oportunidad de atender a la familia del minero caído más joven de 20 años de edad el cual era electromecánico dentro de la mina. Fui recibida

amablemente dentro de esta problemática por su esposa de 22 años y su bebé de 4 meses de nacido. Refiriendo un sentimiento de desesperación ya que según ella desde el principio los encargados de la mina les habían mentido diciéndoles que los mineros estaban vivos siendo que, esto no era verdad (según informes de autoridades). Mencionaba sentir temor por recibir 750 mil pesos (cuota ofrecida por indemnización) ya que si ella recibía dicha remuneración dejarían de buscar a los mineros; aunque la mitad de los familiares de los 65 mineros ya lo habían recibido.

Así mismo, manifestaba estar consciente de que su esposo ya no estaría vivo pero le interesaba recibir su cuerpo para darle santa sepultura. Su semblante era pálido con una mirada de tristeza pero a la vez de fortaleza la cual también expresaba, aunque su lenguaje no verbal en ocasiones no coincidía con su lenguaje verbal. Al preguntarle cómo se había sentido durante los días transcurridos respondió que no del todo bien debido a que, por su bebé no se había podido desahogar ya que lo amamantaba y según sus padres le pasaría todo su sentir, revelando que sólo lloraba aislada inconsolablemente por momentos, aunado a que días después del desastre cumplirían un año de casados.

Al segundo día comencé preguntándole por su estado de ánimo a lo que respondió “mejor” con un tono de voz bajo, por lo que me pude percatar en ese instante por su lenguaje verbal y no verbal que en realidad no se sentía bien y que estaba con una máscara de fortaleza fingiendo tan solo estar bien. Entonces le hice saber que ya era tiempo de que se diera cuenta que también importaba lo que ella sentía así como su familia, su esposo y su bebé también importaba,

ya que no se había percatada que estaba preocupada por no llorar lo suficiente por lo que su familia le pudiera decir al respecto ya que le decían que si lloraba le pasaría todo a tu bebé cuando lo amamantara, y no sólo por ese medio le transmitía lo que sentía, sino también cuando lo cargaba, dormía con él, cuando él o simplemente cuando estaba cerca de él, comentándome que de hecho de un tiempo a esa fecha el bebé había estado muy llorón y él normalmente era más tranquilo.

Luego entonces, le hice la observación diciéndole de que el hecho de que se desahogara y llorara lo suficiente y no amamantara a tu bebé por unos días, *“él no morirá de hambre”* argumentándome que solo hacia lo que a su esposo le hubiera gustado que hiciera, como, no descuidar al niño en ningún momento... ya que le decía que siempre estaba primero su hijo y ella lo iba a cumplir por si él regresaba a lo que respondí *“¿Y qué tal si no regresa? ¿Ya estas preparada para eso?”*... empezó a llorar y le froté la espalda por un rato aprovechando en ese momento para preguntarle si ella deseaba escribirle una carta a su esposo donde ella le dijera todo lo que sentía por él, pidiéndole perdón o agradeciéndole... por lo que aceptó y comenzó a escribir; después de 3 renglones escritos se detuvo y me miró de reojo, expresándole que no se preocupara por dicha información ya que sería confidencial y ella podría hacer con esa carta lo que ella quisiera como por ejemplo: romperla, quemarla, dármela o quedársela. Al terminar de escribir le pregunté que quería hacer con la carta a lo que respondió que quería dejársela en un altar que ella le había puesto; posteriormente le pedí que nos paráramos una frente a otra y que cerrando sus ojos me tomara de las manos imaginándose por un momento que yo era su esposo

cuestionándola le dije “¿Quisieras darme un abrazo de despedida?” contestando que no porque no tenía la certeza de que yo era su esposo.

Finalmente le pregunté cómo se sentía después de haber hablado conmigo y la dinámica que habíamos hecho respondiendo que mucho mejor. Enseguida me dio las gracias por haber ido a su casa a apoyarla, agradeciéndole de igual forma su recibimiento y participación me despedí de ella y su familia, proporcionándole mi correo electrónico.

Un año después me contactó por dicho medio so pretexto de agradecerme nuevamente por la ayuda que había recibido de mi parte, comentándome que estaría próxima a entrar a la universidad y que en honor a lo sucedido ella se había enamorado de mi profesión a lo que estaba interesada en estudiar Psicología, pero tiempo después me comunicó que ya no estudiaría Psicología sino Maestra debido a que la única escuela en la que ella podía estudiar Psicología la habían cerrado, por lo que optó por la siguiente, en donde aprendería cosas nuevas siendo maestra para poder ayudar y entender mejor a su hijo.

El día 10 de marzo, se acudió a la mina a realizar el cierre del trabajo, ya que este día a las cinco de la tarde tenía que regresar el autobús con dirección a Chilpancingo, Guerrero.

Como conclusión, en la mina se atendieron alrededor de 70 personas en la zona de seguridad y algunas fuera de las instalaciones, en donde se encontraban acampando algunos

familiares. En las comunidades se atendieron alrededor de 45 familias de los mineros atrapados, ya que en algunas de las casas visitadas, los familiares se encontraban viviendo aún en las instalaciones de la mina y en este lugar les fue proporcionada la atención psicológica.

“También se realizaron actividades diferentes a las antes mencionadas, como un curso de manejo psicoemocional ante situaciones de emergencias, impartido a sacerdotes de diferentes regiones, por el Maestro Jorge Álvarez Martínez, la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory, y una sesión de desahogo psicológico Debriefing y manejo del síndrome de agotamiento profesional Burnout con los rescatistas que se emplearon para los trabajos de rescate en la mina, que en su mayoría pertenecían a otras minas de la misma zona”.<sup>52</sup>

“Es importante recalcar el gran apoyo recibido por la diócesis de Piedras Negras, quien corrió con los gastos de hospedaje y alimentación de los brigadistas, así como también la organización previa a la llegada de la brigada”

---

<sup>52</sup>Álvarez Martínez, Jorge, ***Brigada de Atención Psicológica***, San Juan de Sabinas, Coahuila, México, 2007.

## CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Al vivir un suceso desfavorable las personas tienden a experimentar sentimientos desagradables, cada uno respondiendo con una diferencia de patrones individuales, en donde se necesita ayuda psicológica y social para recuperar lo más pronto posible el control de sus propias vidas, participando rápidamente en su recuperación.

La primera ayuda psicológica es la Intervención que se lleva a cabo en una persona en crisis por un miembro de un equipo de respuesta o por una persona de la comunidad con el fin de aliviar las tensiones creadas por el suceso vivido, que amenazan en ese momento la vida o seguridad de un individuo.<sup>53</sup>

Crisis viene de la palabra griega krinein que quiere decir decidir y de la que se derivan decisión, discernimiento o “un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar”.<sup>54</sup>

Actualmente, hablar de la palabra crisis implica pensar que un individuo que se encuentra ante un suceso y que no sabe como afrontar, provoca una incapacidad para manejar dicha situación particular.

---

<sup>53</sup> Pérez, Ricardo, Rodríguez, Jorge, Zaccarelli Davoli, ***Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre***, Washington, DC, 2006, p. 27

<sup>54</sup> ***Real Academia Española***, 1992 de la edición electrónica, Espasa Calpe, S.A., 1998.

La Intervención en crisis es una táctica diseñada para ayudar a un individuo que haya pasado por un evento traumático y en consecuencia presente un estrés grave sobrepasando sus recursos psicológicos y generando diversas sensaciones. La búsqueda de ayuda consiste en recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado (homeostasis) como el que tenía antes del incidente que desencadenó la crisis.

### **3.1. Modelos de Intervención Psicológica empleados en situaciones emergentes.**

La psicología de emergencias es el estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos antes, durante y después de la situación de catástrofe.<sup>55</sup>

A fin de diseñar, organizar e implementar los servicios orientados a la crisis posterior a un desastre, es necesario establecer un sistema integrado, interactivo y flexible que actúe de nexo entre los organismos de la salud mental y los instrumentos de intervención en emergencias.<sup>56</sup>

Los modelos en México están constituidos por brigadas que capacitan y hacen la intervención, como la Brigada de Intervención en crisis que se realizó a familiares de las víctimas por la explosión en la mina Pasta de Conchos en Coahuila, Coahuila.

---

<sup>55</sup>Losada Fernández, Paloma, ***Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes***, Ponencia, La Habana, Cuba. Noviembre 2004.

<sup>56</sup>L. Mosca Daniel, H. Cazabat Eduardo, ***Revista de Psicotrauma para Iberoamérica***, Núm. 1 Vol. 2, Marzo 2003, p. 41

### 3.1.1. Breve y de Emergencia

La terapia breve es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de manera rápida, eficiente y poco dolorosa, atacando el problema que determine al paciente como el causante de su conflicto aquí y ahora (...) “comprende para el terapeuta como para el paciente una actividad que sea dirigida cuidadosamente hacia la meta”.<sup>57</sup>

Es importante señalar que la terapia breve puede ser aplicada a cualquier clase de problema emocional sin embargo, si se utiliza en una situación de emergencia, nos referimos a ella como terapia de emergencia, en donde la única diferencia entre una y la otra es que la terapia de emergencia proporciona una ayuda en una situación psicológica difícil, pero se aplican los mismos principios. A diferencia de las terapias tradicionales esta terapia tiene algunas ventajas es decir, evita la dependencia a la terapia a largo plazo, el tratamiento se da en forma breve y el costo es menor para el individuo, minimizando la alteración de su vida y la de su familia o unidad económica.<sup>58</sup> Aplicando su filosofía la cual es tratar al individuo y su problema de forma actual adaptando el tratamiento a las familias como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana.

---

<sup>57</sup>Bellak y Small, ***Psicoterapia breve y de emergencia***, Ed. Pax, 2ª ed., México D.F. 1980, p. 19

<sup>58</sup>Idem. p. 19

La salud mental esta considerada como un aspecto dentro de la salud publica y la medicina preventiva. Así mismo “La Terapia Breve tiene un papel que realizar en las 3 fases de la salud pública, esto es:

1. Prevención primaria: Se enfoca en tratar el surgimiento de problemas o situaciones que pueden conducir a una patología y las condiciones que la provocan”.<sup>59</sup>
2. “Prevención secundaria: Se tratan problemas agudos para evitar que se tornen crónicos.
3. Prevención terciaria: El fenómeno de la puerta giratoria se refiere a tratar pacientes que después de regresar a la comunidad regresan al hospital ya que no han sido capaces de reintegrarse a la sociedad”.<sup>60</sup>

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y la comunicación implicada en el mismo.

Cualquier persona que se sienta enfrascado en alguna problemática, que haya intentado alternativas de solución y que no haya logrado el cambio deseado, es una persona susceptible de acudir a una terapia breve y de emergencia, ya que, para acudir a este tipo de terapia no necesariamente tiene que existir una

---

<sup>59</sup>Idem. p. 25

<sup>60</sup>Idem. p. 28

patología específica, basta que sea una situación que el paciente identifique como problema.

### 3.1.2. Control y manejo de estrés.

El estrés es conocido comúnmente como una de las principales causas de enfermedad pero a decir verdad todos necesitamos cierto grado de estrés que nos lleve a cumplir nuestras metas. Ni la falta total de estrés ni el estrés en exceso son buenos.

Lo ideal es ser capaz de entender la respuesta al estrés y tener un almacén de técnicas para eliminarlo, no obstante para modificar la actitud ante la vida sin que este sea un quehacer molesto es necesario acercarse al manejo del estrés ya que “el control del estrés también es algo que se ha visto asociado con estilos de vida alternativos, haciendo ejercicios para el control físico, emocional, como defensa o diversión como los que se describirán a continuación”.<sup>61</sup>

#### 3.1.2.1 Respiración diafragmática

La respiración diafragmática es una de las funciones involuntarias del organismo teniendo su origen en las prácticas orientales de meditación y yoga siendo ésta esencial para la salud de la mente y el cuerpo.

---

<sup>61</sup>Clegg, Brian, ***Manejo del estrés al instante***, Ed. Granica S.A. de C.V., 1ª ed., Estado de México, 2001. p. 11

Al respirar intercambiamos oxígeno y la forma en que ese oxígeno llega a la sangre, al cerebro, al cuerpo en general nos permite tener una calidad determinada de salud, pero el actual ritmo de vida, el estrés, las ropas inadecuadas, etc. colaboran a una respiración superficial y comúnmente, sólo utilizamos una parte de nuestra capacidad pulmonar. Como consecuencia de una respiración inadecuada puede facilitar la aparición de ansiedad, depresión, fatiga física, etc.

Una respiración adecuada "actúa sobre el organismo de diversas formas:

1. Incrementa la sensación de energía.
2. Activa la circulación sanguínea.
3. Provee un masaje cardiaco.
4. Favorece el control sobre el sistema nervioso.
5. Aumenta la capacidad de resistencia del organismo.
6. Previene enfermedades del aparato respiratorio.
7. Favorece el funcionamiento del aparato digestivo".<sup>62</sup>

"Los principales beneficios que se obtienen mediante una buena técnica de respiración son:

1. Reducción de la tensión muscular.
2. Disminución de la irritabilidad.
3. Disminución de la fatiga.
4. Disminución de la ansiedad.
5. Sensación generalizada de tranquilidad y bienestar".<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup>Calle, R, A, ***Yoga en casa con Ramiro Calle, Una guía eficaz para la práctica del yoga***, Ed. EDAF S.A.

<sup>63</sup>Labrador, F, L, ***Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta***, 2ª ed., Madrid 1995.

Cuando hay relajación la respiración es nasal, lenta, uniforme y suave. Y cuando hay estrés el patrón de respiración cambia con respiraciones pequeñas y superficiales utilizando solo los hombros y no el diafragma para mover el aire dentro y fuera de los pulmones creando sobrerrespiración o hiperventilación, que drena demasiado dióxido de carbono de la sangre, y en consecuencia, produce vasoconstricción que reduce el flujo sanguíneo cerebral. Como resultado, disminuye el nivel de oxígeno de la células del cerebro, lo que, a su vez, aumenta el nivel de estrés.<sup>64</sup>

Existen diferentes técnicas de respiración para lograr la relajación pero básicamente el objetivo general es pasar de respirar con la parte superior del pecho a respirar con el vientre, es decir hacer un uso adecuado del diafragma.

#### 3.1.2.2. Imaginería guiada

A través de la historia, la imaginería se ha utilizado con propósitos terapéuticos para promover el cambio, utilizando diferentes técnicas como relatos de historias, juegos, interpretación de sueños, dibujos, entre otros.

“Es una técnica de relajación y/o distracción estructurada que usa la imaginación en mayor o menor medida produciendo imágenes

---

<sup>64</sup>M. Pascual, Miriam, A. Lage, Jorge, ***Primeros auxilios para el estrés***, 2009, pp. 61, 62

mentales, proporcionando un sustituto mental para el dolor y crear recuerdos agradables”.<sup>65</sup>

Orizaba y cols en 1999 describen a la imaginería guiada como una técnica psicoterapéutica debido al empleo de mecanismos visuales y verbales, puede ayudar a generar cambios cognoscitivos, fisiológicos y conductuales en el ser humano.<sup>66</sup>

Su objetivo principal como técnica terapéutica es lograr que el paciente se relaje, se concentre en imágenes relacionadas con los asuntos personales que se están confrontando, animando al paciente a que encuentre una solución al problema.

Usualmente sólo se utiliza como técnica complementaria a otros tratamientos y no como terapia para tratar problemas médicos graves, practicándose en lugares en donde se requiere de atención absoluta.

### 3.1.2.3. Escritura emocional - autorreflexiva (EEA)

En los seres humanos existe una tendencia natural a expresar las emociones. Sin embargo, existen varias razones por las que la gente no habla de sus experiencias traumáticas.

---

<sup>65</sup>Mantik Lewis Sharon, Mc Lean Heitkemper Margaret, et.al, **Enfermería médico quirúrgica (valoración y cuidados de problemas clínicos)**, 6ª ed., España, 2004, p. 156

<sup>66</sup>Orizaba, T.A., Naranjo, A, **Entrenamiento en relajación para el control de la ansiedad y mejoramiento del rendimiento escolar**, Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.

Recordar y hablar de un acontecimiento significa experimentar de nuevo sus efectos y si se trata de una experiencia estresante se reactivan las emociones y las personas tratan de evitar no pensar ni sentir lo que dañó su integridad física o psicológica.

A su vez, el compartir vivencias traumáticas de igual forma genera estrés en el oyente, quien no puede mantenerse indiferente ante lo que escucha. Puede llegar un momento en que solicite que ya no le platicuen más o simplemente se retira.<sup>67</sup>

La escritura emocional – autorreflexiva o técnica Pennebaker fue desarrollada por James Pennebaker en los años 80 para la investigación clínica y empírica.<sup>68</sup>

“En el ejercicio básico de escritura la persona debe escribir durante unos veinte minutos cada día durante cuatro días sobre una experiencia traumática o una experiencia que le haya afectado profundamente, en la que siga pensando frecuentemente, sueñe con ella o murmure regularmente sobre la misma. Debe escribir de forma continua sin tener en cuenta reglas gramaticales o sintácticas y pensar que lo escrito es absolutamente personal y que no debe compartido con nadie (se debe escribir para uno mismo)”.<sup>69</sup>

Pennebaker llevó a cabo cuatro diferentes tipos de ejercicios que inducen el proceso de transición de un estado emocional a otro.

---

<sup>67</sup>A, Luis, Oblitas, Guadalupe, Becoña Iglesias, Elisardo, ***Psicología de la salud***, 1ª ed., Junio del 2006, p. 193

<sup>68</sup>Cabrera Casimiro, Eduardo, ***Efectos terapéuticos de la escritura emocional expresiva***, Asociación canaria de psicoterapia post-racionalista, N° 89, Julio 2006, p. 9

<sup>69</sup>Idem. p. 9

- a) Primer día: Escribir los pensamientos y sentimientos más íntimos sobre el trauma que más haya influido en la vida. Posteriormente se explora el acontecimiento y cómo ha afectado realmente. Al final de los veinte minutos de escritura emocional se lee la sección “pensamientos post-escritura”.
- b) Segundo día: Se siguen los mismos procedimientos del primer día con la diferencia de profundizar más en los más íntimos sentimientos y pensamientos, revisando el efecto que ha tenido en las distintas áreas de la vida y las posibles responsabilidades personales de los efectos del trauma.
- c) Tercer día: Se hace hincapié en la necesidad de explorar desde diferentes perspectivas y puntos de vista de los acontecimientos. También se pueden enfocar los temas íntimos que nos hace más vulnerables.
- d) Cuarto día: Reflexionar sobre lo escrito en los últimos días, valorando si hay asuntos no confrontados, si se ha aprendido, perdido y ganado algo como resultado de la experiencia traumática. Explorar en que medida esta experiencia ha marcado el comportamiento a futuro. Se sugiere construir una historia que permita dar sentido a todos los aspectos relacionado con el trauma.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup>idem. p. 10

Las personas que participan en la técnica de escritura expresiva suelen tener mejorías como:

- a) Visitar menos al médico.
- b) Función inmunológica.
- c) Funcionamiento pulmonar en pacientes con artritis.
- d) Reduce la presión sanguínea y el ritmo cardiaco.

En la salud psicológica las personas:

- a) Perciben de forma inmediata malestar y tristeza pero a largo plazo los síntomas depresivos, la rumiación mental y la ansiedad general se reducen.
- b) Cambios en el rendimiento escolar y en la calidad de las relaciones sociales, aumentando las conversaciones con los demás, hay un mayor uso de palabras asociadas con emociones positivas y ríen con mayor facilidad.<sup>71</sup>

Los ejercicios de escritura emocional autorreflexiva nos permiten construir de manera narrativa, quienes éramos antes del suceso y quienes somos en la actualidad.

---

<sup>71</sup>Ídem. p. 11

#### 3.1.2.4. Debriefing

“El debriefing nació en los años 80 en los Estados Unidos por el Dr. Jeffrey Mitchell durante las catástrofes naturales y en el contexto de desarrollo de teoría de intervención en caso de crisis”.<sup>72</sup> En su origen era una estrategia practicada en la armada americana tras un combate, en donde su objetivo principal era ayudar a los soldados a superar sus reacciones para volver rápidamente al frente; por lo que traducida del inglés al español significa<sup>73</sup> “los llamaron para que rindiesen informe o diesen parte de su misión”<sup>74</sup>.

“El debriefing es un método de intervención que trata de reducir las reacciones a un evento traumático”.<sup>75</sup> Por lo que podrá ser aplicado por no profesionales de la Psicología siempre y cuando sean instruidos correctamente para utilizar esta técnica llevando los siguientes lineamientos:

1. “La intervención debe llevarse a cabo lo más rápido posible. Es conveniente realizarla en las primeras 48-72 horas después de los primeros auxilios psicológicos, es decir ya pasada la situación crítica.
2. La víctima debe poder hablar libremente de lo que le está pasando.

---

<sup>72</sup>Núñez Diego, Oscar, **Primeros auxilios psicológicos y emocionales (material de uso para bomberos voluntarios ante situaciones operativas de: emergencias, crisis, pánico, catástrofes)**, Ed. Dunken, 1ª ed., Buenos Aires, 2005, p. 72

<sup>73</sup> **Clave 20, Revista interna del SAMUR-Protección civil “Villa de Madrid”**, p.9, No 4, Enero-Febrero, 2003

<sup>74</sup> **Diccionario Oxford Compact**, 3ª ed., p. 604

<sup>75</sup>Idem.

3. También debe poder revivir sus emociones como llorar, enojarse, temblar, sin que se sienta juzgada”.<sup>76</sup>

Este método es un instrumento para que se utilice como sostén emocional pero comúnmente “esta técnica se utiliza para el manejo de estrés agudo”.<sup>77</sup>

#### 3.1.2.5. Defusing

La palabra defuse en inglés es traducida al español como desactivar una situación o calmar una crisis<sup>78</sup>.

El defusing es una técnica para manejo de estrés la cual debe realizarse durante las primeras 72 horas y antes de realizar cualquier otra tarea de limpieza o arreglo personal, básicamente es una sesión de comentarios y desahogo; es decir se utiliza ya pasada la situación crítica.<sup>79</sup>

Es importante la intimidad y el respeto por el otro durante el trabajo poniendo la atención posible y así obtener la mayor información incluyendo las emociones para la situación en crisis a tratar.

---

<sup>76</sup>Idem. p. 73

<sup>77</sup>Idem.

<sup>78</sup>**Diccionario Oxford Compact**, ob.cit., p. 608

<sup>79</sup>Núñez Diego, Oscar, **Primeros auxilios psicológicos y emocionales (material de uso para bomberos voluntarios ante situaciones operativas de: emergencias, crisis, pánico, catástrofes)**, ob.cit., p. 73

### 3.1.3. Técnicas de la Información y la Comunicación (TICs)

Hoy en día la tecnología se está incrementando entre los países ricos y pobres y entre las empresas innovadoras y conservadoras, formando una sociedad de la información apoyada en la misma tecnología.

Durante la larga historia de la educación se muestran varias revoluciones, comenzando con la adopción de la palabra escrita (lápiz y papel), enseguida la aparición de escuelas donde se conoce la figura del maestro, después la invención de la imprenta y por último la aparición de nuevas tecnologías con la información digitalizada;<sup>80</sup> creándose así las Técnicas de la Información y la Comunicación denominadas TICs.

“Las TICs son un conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de informaciones, en forma de voz, imágenes y datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética”.<sup>81</sup> Facilitando la interconexión entre las personas e instituciones a nivel mundial, eliminando barreras espaciales y temporales; utilizando alternativas para el aprendizaje en poblaciones especiales que están limitadas por su ubicación geográfica, la calidad de docencia y el tiempo disponible;

---

<sup>80</sup>Rosario, Jimmy, **La Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC). Su uso como Herramienta para el Fortalecimiento y el Desarrollo de la Educación Virtual.** 2005

<http://www.cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=218> (02/08/2010)

<sup>81</sup>Ídem.

“despertando el interés en estudiantes y profesores para la investigación científica y posibilitar el mejoramiento de habilidades creativas, la imaginación, habilidades comunicativas y colaborativas accediendo a la máxima información y proporcionar los medios para un mejor desarrollo de los individuos”.<sup>82</sup>

Asimismo, los expertos en respuestas al desastre recomiendan desarrollar y practicar planes de soluciones a las crisis cuando no haya desastres e identificar a las personas con mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales o de que éstas empeoren, utilizándose en la actualidad con mayor frecuencia las TICs. La intervención en caso de crisis se lleva a cabo en ocasiones vía telefónica o internet pero cuando las personas acuden a este tipo de intervención normalmente suelen encontrarse en el punto más alto de la desesperación.

#### 3.1.3.1. Intervención en línea y/o telefónica.

“La intervención en crisis se lleva a cabo en ocasiones por teléfono o a través de internet, en lugar de cara a cara, encontrándose la persona en crisis en el punto más alto de la desesperación”.<sup>83</sup>

El personal que trabaja en este tipo de intervención debe derivar a los pacientes a una atención presencial, pero en ocasiones y muy comúnmente el teléfono o internet son el único contacto por la

---

<sup>82</sup>Ídem.

<sup>83</sup>W. Stuart, Gail, T.Laraia, Michele, *Enfermería psiquiátrica: Principios y Práctica*, 8ª ed., Madrid, España, 2006, p. 233

negativa o incapacidad del paciente para cooperar. Por lo tanto es importante que este trabajo lo realice un profesional.<sup>84</sup>

Para la mayoría de los servicios telefónicos y de internet existen programas de formación amplios que enseñan este tipo de intervención en crisis.

Actualmente los profesionales ofrecen sus servicios para hacer intervención en línea o telefónica; puede ser de asesoramiento psicológico y/o psicoterapia.

Dentro del espacio de asesoramiento psicológico, comúnmente se ofrecen “programas de apoyo e información psicológica específica, a personas con demandas concretas como son las empresas, escuelas, clubes, etc.; y la intervención psicológica a la psicología clínica, psicología de la salud, psicología del trabajo y de las organizaciones, psicología educativa, psicología del deporte, etc.

Algunos ejemplos de los programas que se incluyen son:

- Programas de prevención en salud de las escuelas.
- Programa de prevención de drogadicciones dirigido a maestros de secundaria.
- Programa de prevención de contagio de VIH dirigido a jóvenes de secundaria”.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup>Ídem. p.233

<sup>85</sup>Albert Gayà, Lidia, Juan Linares, et.al, *Ética del psicólogo*, Ed. Carrera Edició S.L., 1ª ed., Barcelona, Mayo 2007, p. 119

Los profesionales que ofrecen terapia psicológica o de apoyo emocional requieren de una preparación psicológica específica. Los programas que se utilizan para este modelo de intervención se encuentran por ejemplo:

- Programa terapéutico para afrontar y superar adicciones.
- Programa de preparación psicológica para deportistas.
- Programa de apoyo emocional a enfermos oncológicos.<sup>86</sup>

La intervención en línea o telefónica tiene ventajas y limitaciones, las cuales se muestran a continuación:

## VENTAJAS

1. Anonimato.
  - a) Permite mantener la identidad en el anonimato, en algunas personas por cuestiones familiares o laborales por ejemplo famosos.
  - b) Reduce las resistencias.
  - c) Ayuda a personas con características como la timidez, problemas de relación etc.
2. Facilidad de contacto. Personas que necesitan ayuda psicológica y no saben a quien dirigirse.
3. Deslocalización y destemporalización. Ayuda a personas con problemas de lugar, horarios e imposibilidades físicas.

---

<sup>86</sup>Ídem. pp. 119, 120

4. Registro y posterior consulta de los datos del cliente. Se registra el contenido íntegro de todas las sesiones sin interpretaciones ni resúmenes subjetivos del psicólogo las cuales se podrán consultar de manera rápida y puntual.
  
5. Posible abaratamiento de las prestaciones del servicio psicológico. Libera al profesional de la psicología de ciertos costes como el alquiler o compra de locales y su mantenimiento.<sup>87</sup>

## LIMITACIONES

1. Anonimato.
  - a) Dificultad para captar los datos necesarios y así presentar un servicio personalizado.
  - b) Creación de fantasías de identidad.

Nota: Es necesario que el psicólogo vigile y busque recursos para recoger el máximo número de datos posible para hacer una intervención de calidad.

2. Limitaciones del medio de expresión.
  - a) La expresión verbal provoca limitaciones como: la falta de información gestual y sonora (suspiros, llantos, etc), es importante expresarse correctamente y cuidar la manera en la que se dan las indicaciones para que estas no sean mal interpretadas.

---

<sup>87</sup>Ídem. p. 121

Nota: En necesario adaptar todos los avances tecnológicos para intervención como por ejemplo la webcam en el caso del internet.

3. Terapéuticas.

- a) El psicólogo debe determinar con urgencia qué casos son susceptibles de llevar por medio del teléfono o la computadora y cuales no.
- b) El psicólogo debe derivar casos de emergencias a psiquiatras y centros hospitalarios.

4. Cobro. Dificultades para asegurar el pago de honorarios, por lo tanto se buscará la manera adecuada de asegurar dicho cobro.

5. Falta de experimentación. Actualmente no hay una base firme que determine que el llevar una terapia psicológica por Internet o por teléfono tenga éxito similar o superior a la presencial, no obstante se han demostrado beneficios terapéuticos de dichas atenciones.<sup>88</sup>

La Asociación Americana de Psicología (APA) dispone de un código ético para ser psicólogos virtuales en donde se recomienda la utilización de los Principios éticos de la psicología y el código de conducta, sugiriendo analizar caso por caso las implicaciones éticas y deontologías de este nuevo medio.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup>Idem. pp. 121,122

<sup>89</sup>Idem. p. 123

Intervenir profesionalmente por medio del teléfono o Internet cambia las reglas de la relación psicólogo-paciente ya que no hay observación directa y la interpretación de los mensajes es diferente entre otros pero “considerando la velocidad en la que se están desarrollando las TICs en el futuro dispondremos de la tecnología necesaria para mantener comunicaciones en tiempo real”.<sup>90</sup>

### **3.2. Diferentes puntos de vista de la Intervención psicoemocional, desde diversas teorías y sistemas de la psicología**

En la actualidad existen teorías que son aplicables y útiles en el trabajo social, que proporcionan respuestas ante diferentes cuestiones basándose en la creencia de que el desarrollo emocional es un proceso constante y que la capacidad para crecer y cambiar esta presente en los seres humanos a lo largo de la vida.

“El área de los tratamientos psicológicos se ha desarrollado considerablemente utilizando a la psicoterapia como una técnica para el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones, el cual se lleva a cabo por un profesional: psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social psiquiátrico”.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup>Ídem.

<sup>91</sup>Feixas Gillem, Miró Ma. Teresa, *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*, 1993, p. 14

La psicoterapia implica un intercambio de lenguaje verbal y no verbal entre un paciente y un terapeuta con la finalidad de escuchar, entender y responder para comprender lo que se encuentra en la mente del paciente.

Existen muchos tipos de psicoterapia que se diferencian en cuanto a sus bases teóricas, objetivos y técnicas, aunque con similitudes importantes.<sup>92</sup> Pero la Psicología es una disciplina que define tres fuerzas: el psicoanálisis, el humanismo y el conductismo.

### 3.2.1. Psicoanálisis

El psicoanálisis se basa en la creencia de que los seres humanos nacemos con capacidad para el bien y para el mal siendo la tensión y el conflicto elementos que determinan nuestra vida.

La terapia psicoanalítica basado en la teoría de Sigmund Freud requiere un promedio de 2 a 5 años normalmente en donde el paciente se acuesta en un diván y el terapeuta se sienta a su lado pero fuera de su línea de visión evitando que el paciente se distraiga del proceso de libre asociación.<sup>93</sup>

El objetivo principal de esta psicoterapia es hacer consciente lo inconsciente recuperando los recuerdos reprimidos siendo la hipnosis un enfoque utilizado precisamente para recuperar estos recuerdos y ayudar al paciente a enfrentarlos.<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> Irwin G. Sarason, Sarason R. Barbara, ***Psicopatología, Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada***, 10ª ed., México 2006, p. 96

<sup>93</sup> Ídem.

<sup>94</sup> Ídem. pp. 96, 97

### 3.2.2. Humanismo

El humanismo hace énfasis en la importancia de que las personas ejerzan la libertad de elección respecto a sus vidas.

La terapia humanista se basa en que las personas logren un respeto y confianza por si mismas, alentando su potencial de crecimiento, autodeterminación y elección en donde el cambio de conducta se establece en una nueva consciencia con la creación de nuevos significados sobre la vida. La terapia centrada en cliente es un ejemplo de la terapia humanista, el terapeuta hace hincapié en la aceptación incondicional donde el paciente expresa sus pensamientos y sentimientos libremente, así aumentara la autoaceptación y el autoconocimiento y se generara un cambio de conducta.<sup>95</sup>

Con frecuencia se considera a Maslow A. como el fundador de la psicología humanista. Propuso el concepto de jerarquía de necesidades en la que la necesidad de autorrealización, es decir, la necesidad que tienen los seres humanos de desarrollar su potencial, sólo se pueden satisfacerse una vez que se hayan atendido otras necesidades. (v.fig.1, p.64)

---

<sup>95</sup>Idem.

## JERARQUÍA DE NECESIDADES DE MASLOW

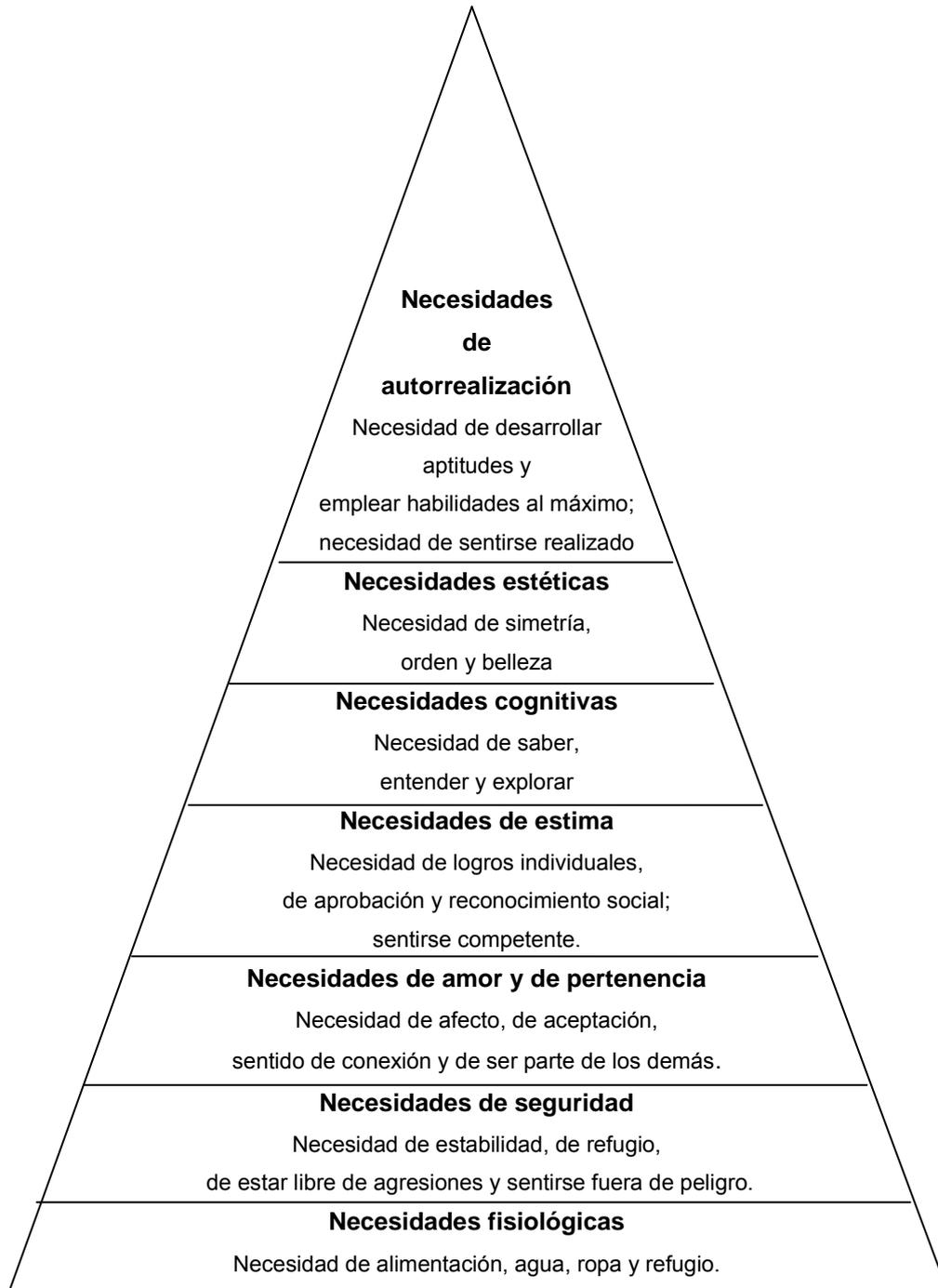


fig.1

“Es imprescindible satisfacer las necesidades fundamentales o básicas, al menos parcialmente, antes de satisfacer otras necesidades superiores”.<sup>96</sup>

### 3.2.3 Cognitivo-Conductual

El conductismo se basa en la creencia de que los sentimientos de angustia o neurosis suceden a través de un comportamiento imperfecto, por lo que hay que modificar un comportamiento inadaptado. “Hace hincapié en la importancia de conductas observables, verificables, medibles, reproducibles y objetivas”.<sup>97</sup>

La terapia cognitiva tal como lo expresa J. Beck en el año 2000 propone que todas las perturbaciones psicológicas o ideas irracionales tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas.<sup>98</sup>

El enfoque cognitivo ofrece una evaluación realista y por consiguiente la modificación del pensamiento lo que produce una mejoría en el estado de ánimo y comportamiento, esta mejoría resulta de la modificación de las creencias anteriormente disfuncionales. En donde el papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer esas creencias de pensamiento y modificarlas mediante la evidencia y la lógica.<sup>99</sup>

---

<sup>96</sup>Trevithick, Pamela, ***Habilidades de comunicación en intervención social***, 2ª ed., Madrid España, p. 52

<sup>97</sup>Ídem. p. 50

<sup>98</sup>Riso Walter, ***Terapia Cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico***, Ed Norma S.A., Bogotá, 2006, p. 29

<sup>99</sup>Ídem. p. 30

Siendo la conversación el principal vehículo mediante el cual la terapia cognitiva trata de lograr el cambio. “Incluye cuatro grandes técnicas: desensibilización sistemática, terapia por aversión, condicionamiento operante y condicionamiento modelado”.<sup>100</sup>

En conclusión, la comprensión de la vida o insight (autoconocimiento) es la meta principal que se persigue dentro de una psicoterapia debido a que las personas obtienen una visión más realista del entendimiento personal buscando una motivación emocional para llegar a un cambio conductual.<sup>101</sup> Destacando que las características importantes de una psicoterapia se encuentran en la transferencia que es el afecto y sentimientos de una persona a otra, en este caso al terapeuta, y la contratransferencia que se refiere a las reacciones emocionales del terapeuta hacia el paciente.<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup>Trevithick, Pamela, ***Habilidades de comunicación en intervención social***, ob. cit., p. 55

<sup>101</sup>Irwin G. Sarason, Sarason R. Barbara, ***Psicopatología, Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada***, ob.cit., p. 96

<sup>102</sup> Ídem. p. 96,97

## **CAPÍTULO 4. PROPUESTA**

Durante el episodio disruptivo al que fueron expuestos los sobrevivientes y familiares de los mineros de la mina Pasta de Conchos en Coahuila, la probabilidad de que no se hubiera superado la crisis psicológica sin la atención oportuna y profesional, habría desencadenado desordenes psicológicos que a mediano y largo plazo afectarían el equilibrio emocional de los actores de este desastre, buscando durante la intervención prevenir secuelas perdurables en la salud mental de la comunidad minera.

Tras estos acontecimientos se percibe con más claridad la necesidad de contar dentro de los planes de emergencia con la figura del psicólogo cuya función es determinar cómo, cuándo y dónde se tiene que intervenir aprovechando los recursos y condiciones existentes en la zona de desastre para lograr una atención integral. Sin embargo para ejecutar esta intervención de manera eficiente es necesario delimitar y preparar el perfil del psicólogo experto en emergencias y desastres debido a que dicho papel va más allá de la sobreprotección o del simple apoyo psicológico que se pretende dar.

Hoy en día en México se ha hecho un esfuerzo por integrar la enseñanza, el aprendizaje y la tecnología, utilizando la aplicación de sistemas basados en diferentes medios de comunicación como lo es el teléfono y la computadora para tratar desordenes psicológicos, en los cuales se utilizan modalidades terapéuticas innovadoras que ofrecen servicios que benefician a mayor población, sin importar distancias ni diferencias sociales.

Dentro de la propuesta de este trabajo la cual se titula “Revisión bibliohemerográfica del estrés postraumático como consecuencia de un desastre y los modelos de intervención más utilizados” se sugieren las “Técnicas de la Información y la Comunicación (TICs) como nueva alternativa de atención psicológica en situación de crisis”.

El objetivo general de esta técnica es brindar apoyo psicológico a distancia de manera efectiva y puntual a los afectados por un desastre socio-organizativo, que estén pasando por un evento traumático.

Los objetivos específicos son:

- ✓ Recuperar el equilibrio roto por la situación catastrófica.
- ✓ Tener el control de la situación y emociones.
- ✓ Volver a plantear su modelo y calidad de vida para el futuro.
- ✓ Apoyar el proceso de aprendizaje de forma integral.

La propuesta “Técnicas de la Información y la Comunicación (TICs) como nueva alternativa de atención psicológica en situación de crisis” no pretende sustituir una psicoterapia, debido a que en la atención psicoterapéutica se requiere sin excepción de la interacción entre el psicólogo y paciente, donde se debe establecer un ambiente de relajación para disminuir tensiones (rapport), existiendo diferentes corrientes terapéuticas para cada persona y así tratar una problemática en específico y para eso el profesional recomendará el tipo de atención necesaria para abordar y resolver la cuestión a tratar.

Por lo tanto las TICs como nueva alternativa de atención psicológica en situación de crisis es orientación psicológica, la cual se trabaja de manera sincrónica entre el afectado y psicólogo por medio de conversaciones vía telefónica e internet expresando el afectado mayor libertad de sentimientos y emociones siendo en muchos casos catártico.

La población a la que se dirige esta técnica es a:

- ✓ Sujetos que estén pasando por un riesgo psicoemocional provocado por un evento socio-organizativo.
- ✓ Quienes no tienen acceso a servicios psicológicos por la distancia, no tienen recursos económicos.
- ✓ Prefieren guardar el anonimato.
- ✓ No tienen tiempo para trasladarse.

Esta técnica se debe emplear cuando no existe otra opción de intervención como por ejemplo una psicoterapia; o bien como un complemento psicoterapéutico cuando ya hubo una intervención psicológica previa.

La atención psicológica a través del uso de medios electrónicos aplicados a la intervención en crisis es de tipo virtual donde se incluye la navegación y/o interacción entre el profesional de la salud mental y el afectado, creando una sensación presencial de apoyo que permite afrontar el conflicto por el que está pasando.

Para evaluar la efectividad de las TICs se utilizará la adaptabilidad de las personas con problemas psicoemocionales al afrontamiento exitoso del conflicto generado o la situación de crisis.

Los materiales necesarios para dicha intervención son:

- ✓ Teléfono convencional.
- ✓ Computadora con acceso a Internet.
- ✓ Messenger (capacitación y supervisión).
- ✓ Documentos electrónicos en PDF, PowerPoint, Excel y Word.
- ✓ Skype (audioconferencias).

Durante la orientación psicológica, la finalidad de la intervención por medio de las TICs será:

- ✓ Escuchar la experiencia de la persona afectada.
- ✓ Informar que está pasando por un mal momento y que los síntomas son parte del impacto del desastre siendo normal su sentir.
- ✓ Ayudar a identificar los recursos existentes (individuales, familiares y comunitarios) y trabajar a partir de su realidad.
- ✓ Brindarle técnicas de relajación que se puedan comunicar a través de un medio electrónico y verificar la sensación de bienestar a través del monitoreo de sus reacciones psicológicas.

Tomando en cuenta las siguientes limitantes:

- ✓ Tiempo.
- ✓ Desconocimiento de ambas personas.
- ✓ Vicisitudes propias del trabajo a distancia.

Se sugiere que para futuros eventos socio-organizativos se ahonde más en la propuesta antes mencionada para promover la inversión, tanto gubernamental como de capital privado, para insertar este tipo de servicios de telecomunicaciones en la población en general para aprender y practicar conductas de preparación ante dichos eventos.

Es importante concientizar a la población sobre la exposición a diversos tipos de riesgos por medio de pláticas, cursos o talleres en diversas instituciones con el objetivo principal de conocer las herramientas psicológicas para enfrentar una situación de crisis y así fortalecer la prevención, auxilio y recuperación de un evento traumático.

Así como también reconocer la necesidad educativa de una capacitación continua del psicólogo como profesional de la salud mental ya que se debe garantizar dicha formación con el propósito de intervenir de manera adecuada en situaciones emergentes.

## CONCLUSIONES

Durante la aplicación de este proceso social comunitario, observamos que existe información que nos permite conocer la situación actual del Trastorno por estrés postraumático, puesto que vivimos en una sociedad de riesgo creciente en la que los eventos disruptivos van a ser cada vez más frecuentes y masivos, cuyas consecuencias devastadoras afectarán a las poblaciones más vulnerables, constituyendo una seria amenaza para la salud y el bienestar de muchas personas.

Con el crecimiento de las ciencias de la mente humana, deduciéndose la Psicología, la Psiquiatría y sus ramas similares se ha conseguido entender la magnitud de las afectaciones ocasionadas por un desastre. En donde la evidencia de daño psicológico en un desastre es la aparición de signos y síntomas que indican la existencia de un trastorno.

En el tratamiento del trauma se emplean multitud de técnicas, mismas que algunas se proponen con anterioridad; muchas de ellas dependen de la orientación terapéutica del psicólogo las cuales ayudarán a superar este trastorno, por quienes lo padecen y los que no para que estén preparados.

Los desastres, generalmente incluyen crisis severas por la magnitud de sus daños y la prontitud con que se desarrollan cambios radicales, es por eso que no se garantiza la efectividad de las técnicas ya que, la persona afectada tiene que reconocer que tiene el trastorno y darse la oportunidad de mejorar o recuperar su calidad de vida, pues esta alteración afecta de tal manera que se refleja en todos los ámbitos de la vida.

Con las diferentes técnicas mencionadas las personas pueden disminuir las probabilidades de desarrollar el Trastorno por estrés postraumático; nadie puede asegurar que lo librará de vivir un evento traumático, pero si lo descrito anteriormente se emplea, esto le ayudará a prevenir algunas secuelas de dicho trastorno.

Es por eso que se propone a las TICs como una técnica alternativa a la atención psicológica en situación de crisis y desastre, así como también a las terapias tradicionales ya que lo más importante es proteger la integridad de las personas afectadas por un evento traumático, cuidando y previniendo la salud física y mental, brindándoles todo el apoyo necesario.

### **Sugerencias:**

1. Manejar las TICs como una alternativa de atención psicológica cuando no exista otra opción de intervención en situación de crisis.
2. Utilizar las TICs como un complemento de seguimiento de intervención cuando ya hubo auxilio psicológico por medio de una psicoterapia.
3. Garantizar la formación del psicólogo y reforzarla con capacitación, sensibilización y actualización de las TICs.
4. Establecer servicios de atención psicológica vía telefónica para situaciones de crisis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros

- ❖ Albert Gayá, Lidia, Juan Linares, Eva, Lladó i Contijoch, Nuria, Valiente Barros, Lourdes, Ventura Farré, Silvia, **Ética del psicólogo**, Ed. Carrera Edició S.L., Barcelona, Mayo 2007.
- ❖ A, Luis, Oblitas, Guadalupe, Becoña Iglesias, Elisardo, **Psicología de la salud**, Junio del 2006.
- ❖ American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. **“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”**. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2001, Diciembre de 2002.
- ❖ Barbado Villalba, Carlos, Barranco Gil, David, **Manual de ciclo indoor avanzado**, Ed. Paidotribo, México 2007.
- ❖ Bellak y Small, **Psicoterapia breve y de emergencia**, Ed. Pax, 2ª ed., México D.F. 1980.
- ❖ Benítez Alabarrán, Nancy, Moreno Molina, Azucena, **Estilos de afrontamiento ante el estrés en estudiantes de la carrera de psicología de la UNAM. Un estudio comparativo**, Tesis (15/06/2010)
- ❖ Blanco Díaz, Elena, Cervera Ruiz, Miguel, **Mecánica de estructuras Libro 1 Resistencia de materiales**, Ed. UPC, (reimp. Septiembre de 2003).
- ❖ Cabrera Casimiro, Eduardo, **Efectos terapéuticos de la escritura emocional expresiva**, Asociación canaria de psicoterapia post-racionalista, N° 89, Julio 2006.
- ❖ Calle, R, A, **Yoga en casa con Ramiro Calle, Una guía eficaz para la práctica del yoga**, Ed. EDAF S.A.
- ❖ Campos Granell, José, Cervera Ramón, Víctor, **Teoría y planificación del entrenamiento deportivo**, Ed. Paidotribo, 2ª ed.

- ❖ CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, **Organización Mundial de la Salud**, Madrid 2002.
- ❖ Clegg, Brian, **Manejo del estrés al instante**, Ed. Granica S.A. de C.V., Estado de México, 2001.
- ❖ **Diccionario Oxford Compact**, 3ª ed., 2005.
- ❖ Especialistas Medicinas Alternativas, **Estrés y fatiga crónica**, Ed. Lea S.A., Buenos Aires, Argentina, Mayo 2006.
- ❖ Feixas Gillem, Miró Ma. Teresa, **Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos**, 1993.
- ❖ García Renedo, Mónica, Gil Beltrán, José Manuel, Valero Valero Mar, **Psicología y desastres: aspectos psicosociales**, ed. IV, 2007.
- ❖ Garrison, Mark, Laredo Hernández, Olga, **Psicología**, Ed. McGraw-Hill, 2ª ed., México D.F.
- ❖ Gil Lacruz, Marta, Grande Gascón, José Ma., Marín Jiménez, Miguel, Pons Diez, Xavier, **Psicología comunitaria, descripción de un caso**, Ed. Gesbiblo S.L., 2008.
- ❖ Irwin G. Sarason, Sarason R. Barbara, **Psicopatología, Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada**, 10ª ed., México 2006.
- ❖ Labrador, F, L, **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta**, 2ª ed., Madrid 1995.
- ❖ L. Mosca Daniel, H. Cazabat Eduardo, “Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico” **Revista de Psicotrauma para Iberoamérica**, N° 1, 2002, Vol. 1, Buenos Aires, Diciembre 2002.
- ❖ L. Mosca Daniel, H. Cazabat Eduardo, “Bio-terrorismo, desastres y salud mental” **Revista de Psicotrauma para Iberoamérica**, N° 1, Vol. 2, Buenos Aires, Marzo 2003.

- ❖ Losada Fernández, Paloma, **Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes**, Ponencia, La Habana, Cuba. Noviembre 2004.
- ❖ M.A. Azcárate Mengual, **Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia**, ed. Díaz de Santos, 2007.
- ❖ Macías Flores, Patricia Aurora, **Taller para interventores en crisis y/o personal de primer contacto para la atención de víctimas en un desastre**, Tesina, (17/08/2010)
- ❖ Mantik Lewis Sharon, Mc Lean Heitkemper Margaret, Ruff Dirksen Shannon, **Enfermería medico quirúrgica (valoración y cuidados de problemas clínicos)**, 6ª ed., España, 2004.
- ❖ M. Pascual, Miriam, A. Lage, Jorge, **Primeros auxilios para el estrés**, 2009.
- ❖ Orizaba, T.A., Naranjo, A, **Entrenamiento en relajación para el control de la ansiedad y mejoramiento del rendimiento escolar**, Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.
- ❖ Núñez Diego, Oscar, **Primeros auxilios psicológicos y emocionales (material de uso para bomberos voluntarios ante situaciones operativas de: emergencias, crisis, pánico, catástrofes)**, Ed. Dunken, Buenos Aires, 2005.
- ❖ Peña Ramírez, Jaime, **Didáctica de la investigación económico-social**, Julio, 2000.
- ❖ Pérez, Ricardo, Rodríguez, Jorge, Zaccarelli, Davoli, **Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre**, N° 7, 2006, Washington, DC.
- ❖ “Resiliencia, impulsarnos desde el dolor”, **Psychologies**, Ed. Premiere, N° 14, Diciembre, 2009.
- ❖ **Real Academia Española**, 1992 de la edición electrónica, Espasa Calpe, S.A., 1998.

- ❖ Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, **Desastres y sociedad**, Julio-Diciembre 1993, N° 1, Año 1.
- ❖ Riso Walter, **Terapia Cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico**, Ed Norma S.A., Bogotá, 2006.
- ❖ Trevithick, Pamela, **Habilidades de comunicación en intervención social**, 2ª ed., Madrid España.
- ❖ W. Stuart, Gail, T. Laraia, Michele, **Enfermería psiquiátrica: Principios y Práctica**, 8ª ed., Madrid, España, 2006.

### Mesografía

- ❖ González de Rivera y Revuelta José Luis, “Estrés, homeostasis y enfermedad”, **Psicología Médica**, <http://www.psicoter.es/estres-homeostasis-enfermedad> (05/06/2010)
- ❖ Casuso Ferrand, Liliana, **El estrés, ¿un producto del siglo XX?** <http://www.multimedios.org/docs/d001727/> (02/03/2010)
- ❖ **Fases y etapas de los eventos sicionaturales**, <http://www.rena.edu.ve/SegundaEtapa/ciudadania/fasesetapas.html> (20/06/2010)
- ❖ Rosario, Jimmy, **La Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC). Su uso como Herramienta para el Fortalecimiento y el Desarrollo de la Educación Virtual**. 2005  
<http://www.cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=218>  
(02/08/2010)
- ❖ Salud Pública de México “**Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana**”  
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n1/a04v47n1.pdf>  
(11/11/2010)

- ❖ **Clave 20, Revista interna del SAMUR-Protección civil “Villa de Madrid”,** p. 9, No 4, Enero-Febrero, 2003  
[http://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaEmergencias/RevistaClave20/Ficheros/Revista\\_4.pdf](http://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaEmergencias/RevistaClave20/Ficheros/Revista_4.pdf)  
(12/05/2011)

#### **Otros**

- ❖ Álvarez Martínez, Jorge, **Brigada de Atención Psicológica,** San Juan de Sabinas, Coahuila, México, 2007.
- ❖ IBIS, International Bioethical Information System: **Intervención en desastres y catástrofes: ética y complejidad.**