

Diseño de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para la Población Infanto-Juvenil en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Ciudad de Cartagena de Indias.

Marín, C.; Polo B.

Universidad Tecnológica de Bolívar

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Octubre, 2007

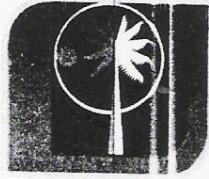
Titulillo: Primeros auxilios psicológicos- Emergencias/ Desastres

Diseño De Un Manual De Primeros Auxilios Psicológicos Para La Población
Infanto-Juvenil En Situaciones De Emergencias Y Desastres De La Ciudad De
Cartagena De Indias.

Ruiz, B. *

Universidad Tecnológica De Bolívar
Facultad De Ciencias Humanas Y Sociales
Programa De Psicología
Octubre, 2007

*Asesora de Monografía



**Universidad
Tecnológica de Bolívar**
CARTAGENA DE INDIAS

NIT. 890.401.962 - 0

222T,

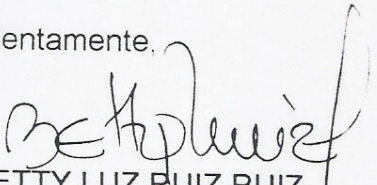
Cartagena de Indias D. T. y C., 03 de diciembre de 2007

Señores
Comité Curricular
Programa de Psicología
Universidad Tecnológica de Bolívar
Cartagena

Cordial Saludo,

En calidad de Asesora me permito presentar la monografía titulada **“Diseño De Un Manual De Primeros Auxilios Psicológicos En Situaciones De Emergencia Y Desastre Para La Población Infantojuvenil De Cartagena De Indias”**, presentada por las estudiantes Carmen Marín y Bleidys Polo como producto final del Minor en Psicología Clínica y Salud.

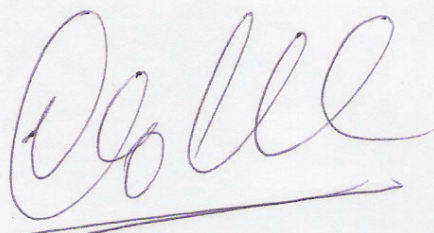
Atentamente,


BETTY LUZ RUIZ RUIZ
Directora del Programa de Psicología

Nosotros **Bleidys Polo Garcia** y **Carmen Elena Marín**, candidatas a obtener el título en Psicología por parte de la Universidad Tecnológica de Bolívar, autorizamos a la Biblioteca de la misma para hacer uso responsable del trabajo de grado, de tipo monográfico, titulado “**Diseño de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para la Población Infanto-Juvenil en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Ciudad de Cartagena de Indias**”.

Para mayor constancia se firma en la ciudad de Cartagena de Indias, a los 03 días del mes de Diciembre del año 2007.


BLEIDYS POLO GARCIA


CARMEN ELENA MARIN

C.C. No. 1047380476 de Cartagena

C.C. No. 45.421.646 de Cartagena

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO ANTE LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE CARTAGENA

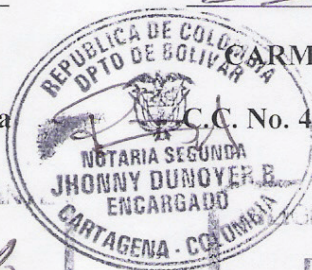
Compareció Bleidys Polo Garcia

Quien se identificó con la C.C. No. 1047.380.476 Expedida G.

Y declaro que la firma que aparece en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto.

El declarante Bleidys Polo Garcia

Cartagena 03 DIC. 2007



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO ANTE LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE CARTAGENA

Compareció Carmen Elena Marín

Quien se identificó con la C.C. No. 45.421.646 Expedida G.

Y declaro que la firma que aparece en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto.

El declarante Carmen Elena Marín

Cartagena 03 DIC. 2007



Agradecimientos

*Primeramente, agradezco a ese Ser que se encuentra en lo más alto del firmamento, por haberme dotado de talentos e inteligencia que hicieron méritos para poder estudiar la carrera que siempre quise en una de las mejores universidades de Cartagena: “**La Universidad Tecnológica de Bolívar**”, a quien también agradezco por haberme dado la dicha y haberme otorgado la oportunidad de formarme en sus instalaciones y de aprovechar el conocimiento de sus docentes.*

*Agradezco a mi padre, **Omar Polo Bahoque**, quien siempre me apoyó y se sintió orgulloso de mí desde el momento en que inicié esta nueva etapa de mi vida.*

*Agradezco a mi madre, **Nelly García Barrios**, quien aunque nunca comprendió que ella, al igual que yo, debíamos sacrificar ciertos gustos y actividades, siempre estuvo a mi lado y me dio la mano cuando la necesitaba.*

Agradezco a mi familia en general y a todos los que se han complacido y gozado con mis triunfos, para los cuales soy motivo de orgullo, de admiración y perseverancia.

*Agradezco a mis colegas y amigas inseparables, **Maira Romero Haydar** y **Silvia Peñaranda Padilla**, quienes me dieron la oportunidad de compartir con ellas conocimientos, experiencias y una hermosa amistad, que espero, dure para siempre.*

*Agradezco a **Carmen Elena Marín**, quien me acompañó en la elaboración de este trabajo y quien con paciencia y tacto, me enseñó lecciones de vida.*

Por último, agradezco a los profesores que me regalaron de su conocimiento y a las instituciones que permitieron poner en práctica lo aprendido y adquirir nuevas experiencias.

Bleidys Polo García

Agradecimientos

Cuando comenzamos a escribir la monografía me preguntaba cómo hacer para que en una sola página quedara plasmado el cúmulo de agradecimientos que hay en mi corazón. Son muchas las personas a quienes tengo que agradecer el apoyo que me brindaron a lo largo de estos cinco años de carrera. Todas y de distinta manera pusieron su granito para que yo alcanzara finalmente la meta de recibir el título de Psicóloga. Algunas de ellas oraron día a día para que yo tuviera la fuerza necesaria para caminar, otras para que la luz amorosa del creador me bañara en sabiduría, otras fueron los canales que el Señor utilizó para que hasta mí llegaran los recursos materiales necesarios para alcanzar este logro. Otras aportaron sus conocimientos los cuales enriquecieron el mío. El interés de otras por conocer como me estaba yendo me infundía fuerzas en los momentos en los que me sentí cansada por los avatares de la vida de estudiante. Es así entonces, como doy GRACIAS a DIOS TODOPODEROSO por el bellissimo regalo del conocimiento científico el cual contribuye a mi crecimiento interior y, por ende, ser cada día un mejor Ser Humano. Agradezco a mis hijos Carlos Andrés y Catalina su paciencia y amor. Al señor Jairo Escobar agradezco el invaluable apoyo que me brindo y su preocupación porque yo tuviera a mi alcance todo lo necesario para elaborar todos los trabajos. A mi compañerita de monografía, Bleidys, cuya compañía me permitió acrecentar todos los conocimientos propios de la Psicología. A mis profesoras y profesores por su amorosa compañía y dedicación. A los trabajadores de la Universidad, especialmente a los de logística, por su apoyo e interés. A mis compañeritas de grupo, quienes me permitieron ampliar mis conocimientos acerca de los jóvenes. A mis familiares, en especial, a mi Madre y hermanos por su confianza y apoyo a cada instante. A Rochy, quien siempre me animó a continuar y a superar los pequeños obstáculos que se presentaron a través del tiempo. Por último, a mis amigas Lucy, Ángela y Yadira quienes estuvieron pendientes todo el tiempo.

Carmen Elena Marín

Contenido

	Pág.
CAPÍTULO PRIMERO	
1. Introducción	3
2. Justificación	5
3. Objetivos	8
a. General	8
b. Específicos	8
CAPÍTULO SEGUNDO	
4. Revisión Conceptual	9
Diseño de un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para la población Infanto-Juvenil en Situaciones de Emergencias y desastres de la Ciudad de Cartagena de Indias.	
5. Revisión Empírica	45
CAPÍTULO TERCERO	
Metodología	62
CAPÍTULO CUARTO	
6. Resultados	64
7. Discusión y Conclusiones	67
CAPÍTULO QUINTO	
8. Referencias	70
9. Anexos	76

CAPÍTULO PRIMERO

Introducción

Las situaciones de emergencias y desastres son fenómenos de carácter social, en la medida en que afectan a todos, sin distinciones y de alto impacto, por cuanto representan en muchas ocasiones amenaza contra la vida, la seguridad y demás derechos de la persona. La Psicología de emergencias y desastres ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar y actualizar estrategias de atención e intervención que permitan brindar una respuesta inmediata ante sucesos de gran magnitud, que atentan contra la salud psicológica de las víctimas (Shimabukuro, 2002).

Atendiendo a esta necesidad, el presente trabajo se llevó a cabo con el objetivo de diseñar un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos que pueda ser administrado a la población Infanto-Juvenil y usado como guía de atención psicológica en situaciones de emergencia/desastre en la ciudad de Cartagena de Indias. Para lograr este fin, se realizó una extensa revisión teórica y empírica relacionada con la temática, también se realizaron visitas a entidades como La Defensa Civil, La Cruz Roja Colombiana y a la Oficina de Atención y Desastres de la Alcaldía Mayor de Cartagena.

Como resultado de la búsqueda y análisis de la información se logró producir un documento científico en el que se abordan, en un primer momento, los conceptos de primeros auxilios psicológicos, desastres, clasificación, y fases de su desarrollo. Además de los conceptos de emergencias, damnificados y prevención.

Posteriormente se exponen las reacciones que experimentan las víctimas de emergencias y/o desastres y las teorías en las que se sustentan, teniendo en cuenta el continuo en el que avanzan hasta llegar a las patologías características de la vivencia de un evento catastrófico.

Seguidamente se describen las funciones del Psicólogo y se presenta el modelo de intervención propuesto por la OPS.

De manera específica se describen las reacciones psicológicas en la población infanto-juvenil, las variables que la afectan y su clasificación según la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Se describen, además, las técnicas para brindar los primeros auxilios psicológicos a esta población y una descripción detallada de otras técnicas como la terapia de juego, la terapia de grupo de Zubenko, la del Reprocesamiento y Desensibilización a través del movimiento ocular EMDR (por sus siglas en inglés) acompañadas del protocolo de Shimabukuro.

Es de complacencia de las autoras presentar como producto de este proceso investigativo, un manual en el que se presentan una serie de herramientas que permiten el uso responsable de técnicas para el abordaje de los efectos psicológicos de la exposición a situaciones de Emergencias y desastres en una población tan vulnerable como lo es la infanto-juvenil. Se espera que este manual pueda servir de instrumento para la prevención/intervención en las diferentes Instituciones Educativas y Organismos Públicos de atención y prevención de desastres de la ciudad de Cartagena.

Justificación

En la historia Colombiana, la Costa Atlántica y el archipiélago de San Andrés y providencia han sido afectados de manera constante por el paso de huracanes y tormentas, como el sucedido en el año de 1988, cuya incidencia tuvo repercusiones hasta en el municipio del Carmen de Bolívar, donde las lluvias huracanadas coincidieron con las fuertes inundaciones, con resultados negativos tanto para las vidas humanas como para los bienes materiales (Villagrán, 2001).

En el caso de Cartagena de Indias, recientemente se ha visto afectada por fuertes temporadas invernales, tal como sucedió el 11 de noviembre del 2004, donde las torrenciales lluvias, ocasionadas por el “fenómeno de la niña”, dejaron más de 50.000 damnificados, entre los que se contaron 549 niños y 10.000 familias afectadas en treinta barrios que sufrieron inundaciones y deslizamientos (El Colombiano, 2004).

El 15 de Septiembre de 2007, esta ciudad fue nuevamente afectada por lluvias torrenciales inestables, como resultado de la entrada de ondas tropicales a la región, las cuales, según el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (Ideam), superaron los niveles históricos de precipitación y prevé que éstas continuarán aumentando entre un 20% y 40%. Además, es posible que esta temporada invernal se prolongue hasta mediados de Diciembre, lo que hace prever, nuevamente, inundaciones en las partes bajas de los ríos Magdalena, Cauca, Sinú y San Jorge (El Universal, 2007).

Las consecuencias de dichos fenómenos naturales acaecidos tanto en la Costa atlántica como en Cartagena y su incidencia, las cuales se han mencionado con anterioridad, fueron una de las razones que motivaron la realización del presente proyecto, puesto que es una zona de alta vulnerabilidad para sus habitantes.

Además, de lo anterior, también se tiene conocimiento de que aunque Cartagena es una zona de alta vulnerabilidad, el Concejo Distrital de la ciudad no había establecido una política pública integral en salud mental sino hasta Diciembre del año pasado (Concejo Distrital de Cartagena de Indias, 2006). Esto indica que en Cartagena no se había concedido el grado de importancia que

amerita la comunidad, en materia de salud mental, y por tanto, son pocas las actuaciones que se evidencian en este campo tanto a nivel de prevención como de intervención.

Ante los efectos devastadores sobre la salud y el bienestar de los anteriores eventos y otros tantos que han afectado al país y la región en el pasado, y en concordancia con lo establecido en la política pública integral de salud en la ciudad de Cartagena de Indias, el presente trabajo está encaminado al desarrollo de habilidades para afrontar un evento catastrófico y las consecuencias adversas que trae consigo, en un segmento de la población de alta vulnerabilidad según la UNICEF; la población infanto-juvenil.

Tal como lo afirma Zubenko, (2002) los infantes expuestos a este tipo de eventos desarrollan un conjunto de síntomas y conductas no adaptativas, entre las que se encuentran los cambios y las regresiones en el comportamiento, reacciones de miedo, ansiedad, disturbios del sueño, fobias a la escuela y miedo a ser abandonados, que si no son manejadas de forma adecuada podrían desencadenar en patologías.

Teniendo en cuenta esto, cabe resaltar que el 60% de la infancia en Cartagena está sometida a la pobreza y buena parte de ella aún soporta las consecuencias del desplazamiento, el conflicto armado, las minas anti persona y la experiencia traumática e irreversible de hacer parte de los grupos armados (Manrique, 2004). Cerca de diez de cada cien víctimas de minas antipersonales son niñas y niños y que el enfrentamiento armado en Colombia tiene reclutados a cerca de diez mil niñas y niños. Además, es importante resaltar que más de la mitad de la población que ha sido desplazada en Colombia durante los últimos seis años son niñas y niños (1'100.000) (UNICEF, 2007) y Cartagena es una zona preferencial de albergue para este grupo de población (Revista de Conyuntura social, 2005)

Estos datos corroboran la vulnerabilidad de la población infanto – juvenil tanto colombiana como Cartagenera y refleja la necesidad de la existencia de estrategias que permitan una adaptación de los niños y niñas a su cambio de vida.

Es importante resaltar que además de lo planteado con anterioridad, en la revisión bibliográfica que se realizó se encontró poca información con respecto a la existencia de estrategias de atención e intervención psicológica de fácil aprendizaje que los niños puedan administrarse, bajo la orientación de un adulto, en situaciones de emergencias y/o desastres. Los manuales y las técnicas utilizadas para la atención e intervención con niños no son interactivas y, por lo general, van dirigidas a instruir únicamente al cuerpo de socorristas.

De otro lado, en ninguna de las estrategias utilizadas en situaciones de emergencias y desastres que se utilizaron, se incluye un apartado donde los mismos niños puedan brindarle los primeros auxilios psicológicos, aunque sean muy básicos, a sus otros compañeritos que han sido víctimas de dichos eventos.

Como resultado del presente trabajo, se presenta un manual constituido por un conjunto de técnicas que facilitan el afrontamiento en situaciones catastróficas, de fácil aplicabilidad y comprensión, además de ser susceptibles de auto administración.

Objetivos

Objetivos Generales

Diseñar un manual de primeros auxilios psicológicos que pueda ser usado como guía de atención psicológica tanto a la población infantil como adolescente, en situaciones de emergencia/desastre en la ciudad de Cartagena de Indias, que promueva el aprendizaje de estrategias de autocontrol y afrontamiento de las situaciones de emergencia y desastre, y la prevención de patologías crónicas (depresión, trastorno por estrés posttraumático y duelos patológicos, entre otros trastornos) que se originan a partir de éstas situaciones en dicha población.

Objetivos Específicos

Realizar una exhaustiva revisión de la literatura con el propósito de construir el marco teórico y el marco empírico acerca de la situación de emergencias y/o desastres, la salud mental de las víctimas y las intervenciones realizadas en estas mismas.

Identificar/describir las técnicas de autocontrol emocional, cognitivo y conductual, utilizadas para prestar los primeros auxilios psicológicos en las situaciones de emergencia y/o desastres, con el fin de trazar los lineamientos que guíen esta primera intervención con la población infante – juvenil.

Formular lineamientos para la prestación de los primeros auxilios psicológicos en la población infante – juvenil en situaciones de emergencias y/o desastres, con el fin de desarrollar habilidades para la atención de esta población en los grupos de socorristas y profesionales de la salud mental

Elaborar el manual de primeros auxilios para la población infante – juvenil en las situaciones de emergencias y desastres en la ciudad de Cartagena de Indias.

CAPÍTULO SEGUNDO

Revisión Conceptual

Diseño de un Manual De Primeros Auxilios Psicológicos Para La Población Infante-Juvenil En Situaciones De Emergencias Y Desastres De La Ciudad De Cartagena De Indias.

Los desastres y las emergencias son situaciones de una magnitud considerable que, sin lugar a duda, provocan reacciones negativas en los sujetos que las experimentan. Tales situaciones, aunque generen ciertas emociones negativas, pueden ser consideradas como una oportunidad para el crecimiento personal y social o pueden ser las causantes de problemas tanto a nivel psicológico, como económico y social, dependiendo de la forma en como los sujetos que se encuentran inmersos en éstas las afronten.

El incremento de los desastres será una de las características del siglo XXI, algunos causados directa o indirectamente por el cambio global ambiental y la variabilidad climática, otros por fenómenos que siempre han ocurrido (terremotos, erupciones volcánicas), que al afectar a comunidades cada vez mas vulnerables, producirán grandes desastres (Cardona, García, Mancilla, Marulanda, Ramírez & Wilches-Chaux, 2004). Las consecuencias de éstos han quedado grabados en la historia de la Humanidad dadas sus magnitudes como la ruptura de una presa en Italia, el escape de gases mortíferos en la India y en Chile, explosiones de alcantarillados saturados de gases derivados del petróleo en México, la explosión de una fábrica de armamento en Argentina, incendios de edificaciones en Brasil o en Bogotá (Colombia), escapes de gases y explosiones en Cali (Colombia) (Villagran, 2001).

Como puede observarse, Colombia no es un país exento de la ocurrencia de situaciones de emergencias y desastres, debido a la dinámica de su posición geográfica, aunada a la diversidad cultural y a la manera, no planificada, como las comunidades colombianas han ocupado sus ecosistemas, en especial y a partir de la segunda mitad del siglo XX, se han incrementado las posibilidades de que ocurran desastres de mas grandes magnitudes en el país. (Cardona, García, Mancilla, Marulanda, Ramírez & Wilches-Chaux, 2004). Es el caso del Sur

occidente Colombiano, donde no solo confluyen una serie de condiciones relacionadas con la posición geográfica, las cuales hacen de ésta la zona la más propensa a desastres de origen geológico, sino las altas concentraciones poblacionales que hacen uso inadecuado del ecosistema cuyas consecuencias son los deslizamientos, inundaciones y condiciones locales deficientes para cimentación de obras civiles, situaciones estas comunes en casi todas las regiones del país (Villagran, 2001).

La costa Atlántica de Colombia, es otro ejemplo de zona de alto riesgo para la ocurrencia de desastres, debido a su ubicación sobre el nivel del mar Caribe. En ocasiones anteriores, ha sido afectada por emergencias invernales (huracanes, lluvias torrenciales) que han causado inundaciones en la llanura del Caribe y la ruptura del canal del Dique (Cardona, García, Mancilla, Marulanda, Ramírez & Wilches-Chaux, 2004), dejando un gran número de damnificados.

Estas emergencias y desastres afectan a toda la población sin distinción de edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, entre otras variables. Pero, y de acuerdo a lo expresado por muchos autores conocedores e investigadores del tema, la población más vulnerable ante este tipo de acontecimientos son los niños y los adolescentes, quienes no procesan estos acontecimientos como lo hace un adulto, pero poseen mecanismos naturales de afrontamiento que les ayudan a paliar las diferentes situaciones. Más bien se afectan por la manera como sus padres o los adultos a su alrededor afrontan las situaciones de emergencias, los cuales, en la mayoría de los casos, no poseen dentro de su repertorio conductual mecanismos psicológicos y físicos para afrontar dichas emergencias y desastres. Es así como sus procesos cognitivo-afectivos los llevan a descubrir que viven en un mundo inseguro, además de asumir que podrían ser abandonados si llegase a suceder un evento altamente catastrófico.

Por esta razón, en situaciones de riesgo y de indefensión, esta población manifiesta conductas “normales” dentro de las diferentes situaciones anormales que ocurren a su alrededor como una forma de defenderse ante una situación amenazante. Dichas reacciones surgen tanto a nivel psicológico, como fisiológico y conductual, como una respuesta de adaptación, las cuales si no son expresadas o

tratadas de forma adecuada, pueden desencadenar trastornos en los niveles antes mencionados.

Es de vital importancia que tanto los niños como los adolescentes aprendan no solo a manejar situaciones que requieran de sus capacidades y habilidades físicas sino también a disponer de un amplio repertorio psicológico, el cual les permitirá aprender a expresar sus emociones, sentimientos, opiniones de una forma adecuada en una situación de emergencia y desastre, además de que en cualquier momento existirán ocasiones en las que no dispondrán del apoyo de sus padres o familiares cercanos para sobrellevarlas. Es por esta razón que el presente trabajo está orientado a dotarlos de herramientas psicológicas efectivas, para que puedan manejarse en alguna situación similar.

Antes de profundizar en el tema, es importante conocer y comprender, de antemano, algunos conceptos que están estrechamente relacionados con el presente proyecto y que aportan un alto contenido de información que es vital para el entendimiento y comprensión del mismo. Entre los que se encuentran el concepto de primeros auxilios psicológicos, desastres y su clasificación, emergencias, damnificados y prevención. Cabe mencionar que posteriormente se citarán las teorías e investigaciones que giran en torno a la temática, las cuales se han ordenado teniendo en cuenta el orden del continuo en el que se desencadenan las reacciones ante una situación de emergencia y/o desastre, y finalmente se revisarán las investigaciones e intervenciones pertinentes que argumentan el presente trabajo.

En situaciones de emergencias y/o desastres, los primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis de primer orden, como también se denomina, se definen como la primera ayuda que se presta a las personas que se encuentran confundidas por el suceso acaecido. Esta confusión esta constituida por alteraciones emocionales, tales como: miedo, tristeza, angustia, llanto, dolor, etc. (Cruz Roja Americana, 2006).

Los primeros auxilios psicológicos se brindan de forma inmediata y puntual en una sola sesión, y aunque sus objetivos son limitados, la meta principal de esta intervención es restablecer el enfrentamiento inmediato. El objetivo primario es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento con

la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema. (Slaikeu, 1984, citado en cuadernos de crisis, 2005)

Según Slaikeu (1984), en García, (2003) la meta principal de la primera ayuda psicológica, comprende 3 submetas:

1) Proporcionar apoyo: Significa permitir que la persona hable para compartir la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También se busca reforzar la seguridad en la persona, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis.

2) Reducir la mortalidad: Se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante las crisis; es necesario entonces, tomar medidas para hacer mínimas las probabilidades destructivas y desactivar la situación crítica. Esto puede implicar el deshacerse de las armas, arreglar el contacto sostenido de un amigo de confianza por algunas horas, conversar con la persona que pasa por una situación tensionante o, en algunos casos, iniciar el traslado a la hospitalización de urgencias.

3) Proporcionar enlace con fuentes de asistencia: Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia. Algunas veces esta remisión individual es de tipo breve (terapia para crisis). Otras veces, la misma será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia del Ministerio Público o Procuraduría. En cualquier caso, la línea de fondo en los *Primeros Auxilios Psicológicos* es proporcionar un enlace apropiado, de manera que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

Para cumplir con los objetivos de la prestación de los primeros auxilios psicológicos se hace necesario seguir el siguiente modelo elaborado por Slaikeu en 1984, el cual está constituido por 5 componentes (Slaikeu, 1984, citado en cuadernos de crisis, 2005):

1. **Realización del contacto psicológico:** Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una

crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. Se debe invitar a la persona a hablar, escuchar, observar la reacción de ésta ante el acontecimiento.

El objetivo para la realización del primer contacto psicológico es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que logra una disminución en la intensidad de la ansiedad. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis.

2. Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

3. Sondar las posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos: Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Seguimientos para verificar el progreso: Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a

cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de *los Primeros Auxilios Psicológicos*: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

Es conveniente mencionar que para la prestación de los primeros auxilios psicológicos en las comunidades, no es necesario pertenecer a los equipos de socorro, sino que solo se requiere de sensibilidad hacia las necesidades emocionales de las víctimas y saber escuchar y actuar para crear un ambiente de seguridad y esperanza, con el fin de ayudarles a controlar lo que están sintiendo en ese momento (Cruz Roja Americana, 2006)

En conclusión, a través de los primeros auxilios psicológicos se presta ayuda emocional inmediata, a las personas, que hayan experimentado alguna situación de emergencia y/o desastre, con el fin de que puedan afrontar la situación de la mejor manera posible y logren una recuperación rápida.

Habiendo revisado la definición del término “primeros auxilios psicológicos” y los aspectos relacionados con este mismo, es importante resaltar que el modelo que se ha descrito con anterioridad es el que guía la realización del resultado del presente proyecto: El Manual De Primeros Auxilios Psicológicos para La Población Infante-Juvenil En Situaciones De Emergencias Y Desastres De La Ciudad De Cartagena De Indias, puesto que este plantea una forma sencilla y lógica de abordar las situaciones de emergencia y/o desastres.

Retomando la definición de los diferentes conceptos que guían el presente trabajo, se ha encontrado que el concepto de desastre ha sido definido por muchos autores, entre ellos se encuentra el de la definición que ofrece la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual considera que los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o pueden ser de índole natural. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los disturbios civiles, los actos terroristas y la contaminación química, mientras que las inundaciones, los terremotos, las marejadas, los tornados o los huracanes son calamidades naturales (OPS, citado por Ahearn & Cohen, 1990).

Por su parte, la Federal Emergency Management Agency (2001), define a los desastres como sucesos, naturales o causados por el hombre, de tal severidad y magnitud que normalmente causan muertes, lesiones y daños a la propiedad y que no pueden ser manejados mediante los procedimientos y recursos rutinarios del gobierno. Además, ofrece una clasificación de los desastres de la siguiente forma: 1) Los desastres naturales que incluyen inundaciones, huracanes, tornados, tormentas invernales y terremotos, y 2) Los desastres tecnológicos o causados por el hombre, que incluyen accidentes de aviones, fuegos, derramamientos de substancias nocivas y explosiones. Los disturbios civiles pueden incluir tumultos o motines, tiroteos, bombardeos y guerras.

En Colombia, tal como está contenido en el artículo 18 del decreto 919 de 1989 de la ley 46 de 1988, se define desastre como el daño o la alteración grave de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causada por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre, en forma accidental, que requiera por ello de la especial atención de los organismos del estado y de otras entidades de carácter humanitario o de servicio social (Ministerio del Interior y de justicia, 2002).

Además de la clasificación de desastres antes citada, la Estrategia Internacional para la reducción de desastres: Las Américas (2004), ofrece una distribución mucho más específica de cada uno de estos tipos. Es así como esta estrategia subdivide a los desastres naturales en:

Desastres geológicos: incluyen procesos terrestres internos (endógenos) o de origen tectónico, tales como terremotos, tsunamis, actividad de fallas geológicas, actividad y emisiones volcánicas; así como procesos externos (exógenos) tales como movimientos en masa: deslizamientos, caídas de rocas, avalanchas, colapsos superficiales, licuefacción, suelos expansivos, deslizamientos marinos y subsidencias. Las amenazas geológicas pueden ser de naturaleza simple, secuencial o combinada en su origen y efectos.

Desastres hidrometeorológicos: son procesos o fenómenos naturales de origen atmosférico, hidrológico u oceanográfico, Ejemplos de desastres hidrometeorológicos son: inundaciones, flujos de lodo y detritos, ciclones tropicales, frentes de tormentas, rayos/truenos, tormentas de nieve, granizo, lluvia

y vientos y otras tormentas severas; permagel (suelo permanentemente congelado), avalanchas de nieve o hielo; sequía, desertificación, incendios forestales, temperaturas extremas, tormentas de arena o polvo.

Desastres de origen Biológico: son procesos de origen orgánico o transportados por vectores biológicos, incluidos la exposición a microorganismos patógenos, toxinas y sustancias bioactivas, que pueden causar la muerte o lesiones, daños materiales, disfunciones sociales y económicas o degradación ambiental. Algunos ejemplos de éstos son los brotes de enfermedades epidémicas, enfermedades contagiosas de origen animal o vegetal, plagas de insectos e infestaciones masivas.

En el ultimo orden están los ***desastres tecnológicos***, en cuya clasificación se incluyen los desastres antrópicos, los cuales son originados por accidentes tecnológicos o industriales, procedimientos peligrosos, fallos de infraestructura o de ciertas actividades humanas, que pueden causar muerte o lesiones, daños materiales, interrupción de la actividad social y económica o degradación ambiental. Ejemplos: contaminación industrial, actividades nucleares y radioactividad, desechos tóxicos, rotura de presas; accidentes de transporte, industriales o tecnológicos (explosiones, fuegos, derrames), guerras motines, terrorismo, derrumbe de estructuras.

En síntesis, los desastres son situaciones trágicas de gran magnitud, originadas por la naturaleza o por el mismo ser humano, cuyas consecuencias ocasionan múltiples pérdidas y un alto grado de desorganización social.

Cabe mencionar que en la literatura, es común encontrar que existe una variedad de términos que se utilizan indistintamente para referirse a los desastres, pero que en general, hacen referencia a un evento trágico, de aparición generalmente imprevisible, que produce un gran número de pérdidas (humanas y materiales) y que se escapa al control de los recursos y medios de la colectividad, además de producir una importante desorganización social. Tal es el caso del término de *catástrofe*, cuya definición incluye exactamente los criterios antes mencionados, y el de la palabra *siniestro*, que se describe como una desgracia grande o infortunio que alcanza a muchas personas (Medina, Robles, 2003)

Otro término que usualmente se utiliza como sinónimo de la palabra “desastres”, es el de “*emergencia*”. Un acontecimiento se etiqueta como una “emergencia” cuando los daños provocados son de una envergadura tal que pueden ser manejados por una comunidad o un país, sin recurrir a asistencia externa (Centro Regional de Información de desastres de América latina y el Caribe,). Es decir, la emergencia es un evento de menor magnitud, si se compara con un desastre, y no tiene como consecuencias grandes pérdidas o un gran caos social.

Habiendo comprendido y diferenciado el término “desastre”, es importante conocer las tres fases de su desarrollo, puesto que las personas manifiestan diferentes reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales en cada una de estas y, además, porque ofrece una guía para intervención de las víctimas. Estas fases son descritas por Ahearn & Cohen en el Manual de Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres (1990), las cuales son:

Fase pre impacto: Esta fase abarca etapas que preceden al desastre mismo, incluidas las de amenaza y advertencia. Una amenaza es un peligro general y a largo plazo constituido por la posible calamidad, que hace que ciertas áreas y sus habitantes estén en mayor riesgo que otros. Se caracteriza por el caso omiso que la población presta hacia dichas amenazas y advertencias, ya sea porque algunas personas tienen miedo de actuar en forma precipitada y parecer tontas, o porque otras se rehúsan a aceptar la amenaza como una forma de defenderse contra algo que no quiere que ocurra.

En la **Fase de impacto**, la comunidad se ve afectada por el desastre y a ésta le subsigue un período en el que se organizan las actividades de ayuda. Durante esta fase el miedo es la emoción predominante, conforme las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias. El pánico es inusual y sólo ocurre cuando el escape es imposible. Esta fase también se caracteriza porque los damnificados reaccionan de forma altruista y emprenden actividades heroicas encaminadas a salvarse a sí mismos y a otros.

La **Fase pos impacto** comienza varias semanas después de ocurrido el desastre y suele incluir las actividades continuadas de ayuda y la evaluación de los problemas psicológicos, fisiológicos, conductuales y materiales que suelen

experimentar los individuos. Los elementos de esta fase han sido llamados "de remedio y recuperación" e incluyen las acciones emprendidas para aliviar la situación y facilitar la recuperación individual y familiar. En esta etapa se presenta un período denominado "luna de miel", el cual ocurre poco después del desastre y dura hasta varios meses después, que se caracteriza porque los damnificados muestran energía considerable en la reconstrucción de sus vidas. Durante el mismo, se presenta la necesidad de ventilar sentimientos y compartir experiencias con otros por tanto se hace indispensable el apoyo organizado para ayudar a las persona a sus problemas.

Otro período que se presenta en esta fase es el de la "desilusión", el cual surge cuando se interrumpe el apoyo organizado. Aquí los damnificados enfrentan dificultades considerables en la resolución de sus problemas. Esta fase pos impacto puede continuar durante el resto de la vida de aquellos y es factible que surjan nuevos problemas como resultado de la desorganización social causada por el desastre.

Como se puede observar, el término damnificado es uno más que hace parte del glosario utilizado en el presente trabajo, razón por la cual es importante conocer el significado que los autores le atribuyen a este concepto.

Los damnificados son aquellas personas y familias afectadas por un desastre o sus consecuencias, que al experimentar dicho evento, encuentran que éste supera su capacidad de resolución de problemas. Entre los damnificados de un desastre pueden incluirse personas de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos étnicos o raciales, ya que las catástrofes afectan en forma indiscriminada a la población del área que sufre el impacto (Ahearn & Cohen, 1990).

Teniendo en cuenta esta definición de damnificados, se considera importante que éstos desarrollen habilidades que les permitan experimentar el fenómeno de tal forma, que no afecte su capacidad de adaptación a su cotidianidad, después de acaecido el evento catastrófico. Es por esta razón que uno de los objetivos del proyecto es el de promover el aprendizaje de estrategias de autocontrol en la población infanto-juvenil, con el fin de que éstos puedan sobrellevar las situaciones catastróficas y prevenir la aparición de patologías crónicas.

El acento en este punto se ha de poner sobre el concepto de prevención, el cual está relacionado con dos conceptos previos: de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada y de otra, tiene el objetivo de evitar daños o males inminentes, lo que implica llevar a cabo una serie de acciones que impidan que el daño ocurra. Así, en los casos de catástrofes (terremotos, incendios, tormentas, etc.) (Molina, 2007)

Según Molina (2007) la prevención se efectúa en tres niveles: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria. El primer nivel se denomina *prevención primaria* y hace referencia a todas las actuaciones relacionadas con el hecho de brindar información sobre el estado de la situación o informar para que se lleven a cabo actuaciones que reduzcan el posible daño que se avecina.

En *la prevención secundaria*, la actuación tiende a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene información, mientras que la *prevención terciaria* se relaciona con las actividades que se llevan a cabo (bien por los interesados o por servicios profesionales especializados) para remediar el daño cuando el suceso aversivo o desastre haya ocurrido.

Es importante resaltar que con el presente proyecto se busca realizar dos tipos de prevenciones. Por un lado, está orientado a realizar la prevención primaria de la aparición de patologías, puesto que se desea enseñar a los niños estrategias psicológicas que les permitan manejar sus reacciones, de una forma adecuada en eventos catastróficos. También, porque dicho manual podría ser utilizado con niños que se encuentran en condición de vulnerabilidad porque viven en zonas de alto riesgo.

De otro lado, se realiza prevención secundaria porque el manual de primeros auxilios psicológicos puede ser impartido a los niños que han experimentado y/o reexperimentado una situación catastrófica.

Habiendo finalizado con la definición de los términos a utilizar en el presente proyecto, cabe resaltar que a continuación se exponen las reacciones que experimentan las víctimas de emergencias y/o desastres y las teorías en las que se sustentan, teniendo en cuenta el continuo en el que se desarrollan éstas hasta

llegar a las patologías características de las situaciones de emergencias y/o desastres, el cual comienza con las reacciones de ansiedad y respuestas de crisis de angustia, pasando por las reacciones de duelo hasta terminar en los trastornos por estrés agudo, estrés post trauma, la depresión y trastornos del comportamiento.

Los damnificados sufren de lleno el impacto y, por tanto, son vulnerables y manifiestan ciertas reacciones tanto a nivel fisiológico, como conductual y psicológico.

Es frecuente que entre el 12% y el 20% de los damnificados se encuentren aquellos que son capaces de mantener la calma y adoptar medidas de protección y auxilio a sus compañeros, mientras que entre el 20% y el 25% de la población afectada se manifiesta un abanico de trastornos psicológicos, como por ejemplo: depresión, trastornos psicósomáticos, conductas inadaptadas (pánico, agitación, inhibición, estupor, negación y oposición). Por lo común, entre el 50% al 60% de los afectados se muestran inseguros e indecisos y actúan bajo la presión de las circunstancias ambientales, es decir, su comportamiento es indefinido (Medina, Robles, 2003).

Una reacción que sigue inmediatamente a la catástrofe es el denominado “síndrome del desastre” (disaster syndrom), e incluye manifestaciones de ansiedad (agitación, inhibición). Este síndrome puede afectar desde el 25% al 75% de la población expuesta (Medina, Robles, 2003).

Entre las reacciones de ansiedad se cuentan: la sensación de temor, miedo injustificado permanente, preocupaciones excesivas ante cosas sin importancia, intranquilidad, irritabilidad e impaciencia. Entre los síntomas físicos que prevalecen en las víctimas, se encuentran el sudor, las palpitaciones, manos frías y húmedas, las oleadas de calor y frío, micción frecuente, rubor, palidez, respiración agitada, tensión muscular, temblor, dolor muscular y fatiga. También, los damnificados permanecen en un estado de alerta, duermen poco y no pueden lograr concentrarse en las actividades que realizan (Casas, 2006).

Por otro lado y siguiendo con el continuo, las víctimas de una situación de emergencia y/o desastre, principalmente las de un ataque terrorista, de gran

magnitud e inesperado, también manifiestan reacciones traducidas en crisis de angustia (Casas, 2006), caracterizadas por un temor intenso, inesperado y temporal, en ausencia de peligro real y se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos, acompañadas de una sensación de peligro o de muerte inminente. (Manual de Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 2002)

Se debe hablar de crisis angustia cuando en las víctimas de un desastre además, de aparecer repentinamente y con una corta duración, por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, taquicardia, sudoración, escalofrío, temblor, sensación de ahogo, sensación de atoramiento, vértigo, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo, desmayos, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o a enloquecer, miedo a morir repentinamente, sensación de hormigueo o entumecimiento (parestesias) y miedo al miedo que ocasiona estar en estado de crisis (Manual de Diagnóstico y estadística de trastornos mentales, 2002)

Según el Manual de Diagnóstico y estadístico de trastornos psicológicos (DSM – IV) (2002), existen tres tipos de crisis de angustia: Las crisis inesperadas, las crisis situacionales y las crisis predisuestas por una situación determinada. Cada tipo de crisis de angustia se define por la relación entre el inicio de la crisis y la presencia o ausencia de desencadenantes situacionales, que pueden ser externos (eventos ambientales) o internos (cogniciones).

Las crisis de angustia inesperadas son aquellas en las que el individuo no relaciona su origen con estímulos ambientales internos o externos, es decir, el ataque es percibido espontáneo y sin ninguna causa. En cambio, las crisis de angustia situacionales, son aquellas que aparecen durante o en anticipación a la exposición de un desencadenante situacional. Por su parte, las crisis predisuestas por una situación determinada son similares a las crisis de angustia situacionales, pero en éstas últimas, el individuo no es capaz de realizar la asociación con el estímulo ni tampoco el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (por ejemplo: las crisis tienen más posibilidades de aparecer al

conducir, pero en ocasiones el individuo puede manejar sin sufrir ninguna crisis de angustia, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo)

A partir de lo enunciado anteriormente, es necesario resaltar que se cree que ante un evento catastrófico, el tipo de crisis de angustia que aparece es la situacional, puesto que existe un estímulo que la desencadena (el desastre como tal), pero además, también se considera que las crisis inesperadas y las crisis dependientes de una situación determinante se pueden desencadenar en el período posterior al desastre, ya que el estímulo no está presente o que el individuo afectado puede realizar asociaciones con los estímulos internos y externos relacionados a la situación. Esta asociación, bien podría ser explicada a través del modelo conductual que se mencionará más adelante en el apartado que describe los modelos teóricos que explican las respuestas de estrés.

Por otro lado, y retomando la secuencia de reacciones ante una emergencia y/o desastre, existe un tipo de manifestaciones que se desarrollan a la par de las reacciones de ansiedad y de las crisis de angustia, las cuales surgen a partir de las pérdidas tanto materiales como humanas que un individuo puede vivenciar en un evento catastrófico: las respuestas de duelo, el cual es un proceso que puede elaborarse de forma natural y progresiva, pero que podría desencadenar en patologías si el damnificado no recibe la ayuda profesional que amerita.

Según el DSM-IV-TR (2002), el duelo es una reacción a la muerte de personas queridas. Ante esta situación, algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, anorexia, entre otros). La duración de esta expresión varía de una cultura a otra. Esta descripción también aplica para las pérdidas materiales, aunque en el DSM-IV no se especifique.

En general, las respuestas de duelo, son variadas, dependen de la clase de relación sostenida con la persona o personas que se hayan perdido, de la situación socio familiar y de las características del superviviente. El duelo se caracteriza por estar constituido o vivenciado por etapas tales como el impacto, el anhelo o la añoranza, la desorganización y desesperación y la aceptación y reorganización (Concejalía de gobierno de seguridad de España y servicio a la comunidad, 2004)

La fase de *impacto* esta caracterizada por una reacción emocional intensa que ocurre después de la pérdida comprendida por reacciones de ansiedad, agitación, llanto, sensación de ahogo, incredulidad, negación, palpitaciones, taquicardia, y cavilaciones más o menos constantes sobre la persona que se ha perdido y las circunstancias que rodean o rodearon el fenómeno de la muerte. En la fase de *añoranza* la reacción emocional pierde su intensidad y la persona dolida añora la pérdida. Se manifiesta en los días que siguen a la pérdida y después de las situaciones que ocurren alrededor del funeral, se caracteriza por un desasosiego por la separación, llanto fácil, culpa, rabia, dolor, invasión de recuerdos y sueños de no haber perdido a la persona querida. Posteriormente, en la fase de *desorganización*, el individuo cree que es difícil seguir adelante con su vida debido a la presencia de sentimientos de impotencia, indefensión, aislamiento, ansiedad y depresión, cansancio físico y emocional, se presenta un sentimiento de amenaza a la seguridad, identidad y sentido de la vida de la persona afligida, debido a la pérdida del vínculo afectivo y dependencia emocional significativos. Por último, en la etapa de *aceptación*, la persona termina por aceptar la pérdida y por organizar su vida en torno a la nueva situación. Esta fase se caracteriza porque en ella el dolor de la pena es menos agudo, el sentimiento de pérdida es menos intolerable, la persona reformula su identidad y su vida y existe un aumento de la energía física y emocional (Concejalía de gobierno de seguridad de España y servicio a la comunidad, 2004)

Cuando un damnificado no ha resuelto de forma adecuada las tareas de cada una de las fases anteriores, en el tiempo que su cultura ha estipulado como “normal”, y, por tanto, se ha estancado en alguna de ellas, se considera que su proceso de duelo ha progresado hacia una patología denominada duelo patológico.

Autores como Cano & Ruiz (2007) concluyen que la descripción clínica más precisa de lo que constituye una definición de duelo patológico fue realizada por Freud en el libro que lleva por título “Duelo y melancolía” (1917), aunque no compartan la interpretación que hace este autor acerca del duelo.

Freud postula que las reacciones normales de una persona, en proceso de duelo, incluyen la melancolía y el hecho de que el sujeto mantenga la creencia de que es castigado por una culpa cometida por él; mientras que en el duelo

patológico el individuo se ve agravado por un estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida cuyas manifestaciones se detectan en un estado de ánimo depresivo, recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la pérdida o sueños recurrentes respecto a la persona perdida y reacciones de estrés (insomnio, ansiedad, etc.) (Freud, 1917, citado por Cano & Ruiz, 2007).

Otros autores cognitivo – conductuales también han aportado valiosos postulados sobre la sintomatología relacionada con el duelo patológico, los cuales han aceptado la formulación realizada por Freud, pero le han agregado el componente de la teoría de la que son seguidores. Tal es el caso de Ramsay (1977), quien ha definido el duelo patológico como un estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida. Además, Ramsay ofrece un modelo explicativo del duelo patológico, donde afirma que el sujeto con este diagnóstico mantiene un esquema cognitivo ligado a la relevancia de la persona pérdida y errores cognitivos (maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos; visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar a la persona fallecida, y culpa por haberse conducido/o haber dejado de realizar ciertas tareas hacia la misma; e incluso culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos hacia el difunto, en vida) (Ramsay, 1977, citado por Cano & Ruiz, 2007).

No cabe duda, partiendo de los aportes de Freud y de Ramsay, de que existe una prevalencia de aspectos subjetivos del sujeto que juegan un papel importante en el duelo patológico, el cual incluye distorsiones cognitivas y recuerdos intrusivos ligados a la persona fallecida y las circunstancias que lo rodean. De allí, conviene resaltar que las definiciones otorgadas por los autores no son aisladas, sino que se complementan.

Además de las definiciones que explican el duelo patológico, Worden (1997) ha ofrecido una categorización de lo que serían las tres formas en las que se puede manifestar un duelo patológico, a saber: el duelo prolongado, el duelo enmascarado con síntomas somáticos o conductuales y el duelo manifestado con reacciones exageradas.

En el duelo prolongado, las personas son plenamente conscientes de que no están llegando a una resolución adecuada del duelo porque la pérdida se ha

producido hace ya mucho tiempo (meses o años), lo cual, según el autor, es el resultado de un conflicto de separación que impide completar alguna tarea o etapa del duelo.

Por su parte, en el duelo enmascarado con síntomas somáticos o conductuales el individuo no es consciente de que el duelo no ha sido resuelto, pero esta es la razón que está detrás de sus manifestaciones fisiológicas y conductuales. Este tipo de duelo es experimentado porque en el momento de la pérdida el individuo inhibió sus expresiones.

La última clasificación de este apartado le corresponde al duelo exagerado, el cual se manifiesta en una depresión o ansiedad excesiva o alguna otra característica asociada con la conducta normal del duelo, pero manifestada de una forma exagerada, de modo que se le puede definir como disfuncional por lo tanto se puede diagnosticar un trastorno psiquiátrico.

En síntesis, en el duelo patológico las expresiones que se manifiestan en un proceso de duelo normal son excesivas y se deben, principalmente, al hecho de que el individuo no logra superar las etapas de forma adecuada.

Habiendo concluido con la definición de duelo, es importante resaltar que cualquier situación de desastre o emergencia es un factor estresante que genera sufrimiento y afecta el equilibrio psicofisiológico de los damnificados, por tanto, las reacciones de estrés son conductas consecuentes a dichas situaciones, entendidas aquellas como tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de estímulos externos, llamados factores estresantes (Ahearn & Cohen, 1990), clasificados por Medina y Robles (2003) en: a) el estresor o agente de estrés, b) el organismo sometido a la amenaza y c) las variables ambientales, los cuales determinan el grado de estrés experimentado en una situación de desastre y/o emergencia.

Al hablar de agente estresor se hace referencia a los acontecimientos catastróficos, los cuales implican un grave riesgo para la vida y la seguridad de las personas. No obstante, este factor posee dos componentes: uno objetivo que está determinado por las características físicas del evento (tipo de desastre, su

duración, su intensidad y su repetición) y uno subjetivo, el cual es personal y depende del sujeto afectado.

En cuanto al organismo sometido a la amenaza (2º, factor), que en este caso es el individuo/damnificado, se puede decir que éste se alimenta de ciertos elementos que determinan el impacto que tiene el acontecimiento sobre el sujeto. Entre estos se encuentran: la historia personal de acontecimientos traumáticos personales y de su entorno inmediato (familiares próximos), los antecedentes psiquiátricos previos y algunos rasgos de personalidad (ansiedad, depresión e inestabilidad emocional) y los mecanismos de defensa utilizados por el yo para reducir el impacto angustioso.

Las variables ambientales hacen referencia a las circunstancias en las que se desarrolla la situación y los apoyos familiares y sociales, es decir, el entramado de relaciones que tiene el sujeto con un grado de solidaridad, intimidad y confianza compartido.

Si el estresor toma características de amenazas a la vida, a la seguridad o a la integridad de la persona, la respuesta psicofisiológica primaria de autoprotección será de "lucha o fuga". En estas condiciones, partes específicas del cerebro activarán el sistema de alarma, provocando el disparo de adrenalina, entre otras sustancias, que pone en acción inmediata a todo el organismo para reaccionar ante la amenaza.

La reacción aguda de estrés es una respuesta adaptativa: la hiperactividad autonómica y la hipervigilancia facilitan las respuestas inmediatas ante la amenaza; la analgesia y embotamiento sensorial (efecto opioide) mejoran la posibilidad de sobrevivencia. El aumento de cortisol, promueve la actividad metabólica para las demandas físicas y la activación adrenérgica y del eje Hipotálamo - Hipófisis - Adrenal aumenta la energía del sistema nervioso y del músculo esquelético con el propósito de supervivencia (Selye, 1956, citado por Folkman & Lazarus, 1986).

El anterior es un modelo biológico a través del cual Selye explica la manifestación de estrés. Además de éste, existen modelos psicológicos que explican el surgimiento de estas reacciones y de los trastornos asociados, entre

los que se cuentan los modelos conductuales basados en las teorías del aprendizaje, los modelos cognitivos y los modelos basados en la hipótesis de un deficiente procesamiento emocional, tal y como lo describen autores como (Medina y Robles, 2003).

El modelo conductual postula que las intensas emociones (miedo, rabia, terror e indefensión) que experimenta la víctima de una situación de desastre, adquieren las propiedades de estímulos incondicionados en la provocación de respuestas incondicionadas de ansiedad y que todos los estímulos ambientales que se condicionan a esa situación (ruidos intensos, personas desconocidas, información de la prensa, etc.) adquieren, por las leyes de condicionamiento clásico, la capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Cuanto mayor es el número de estímulos condicionados presentes en el acontecimiento catastrófico, mayor será la magnitud del miedo condicionado.

En los trastornos psicotraumáticos, cuando el sujeto afectado se enfrenta a los estímulos condicionados que le recuerdan el acontecimiento traumático original, se dispara un estado de ansiedad, por lo que el sujeto evitará estos estímulos (miedo a pasar por el mismo lugar, miedo a los uniformes, etc.), puesto que con esta conducta se disminuirá el miedo, razón por la cual se refuerza esa conducta de evitación (modelo del doble factor: condicionamiento clásico y condicionamiento instrumental)

Por otra parte, el modelo de un deficiente procesamiento emocional, propuesto por P.J. Lang (1985), plantea que los síntomas postraumáticos surgen a partir de sucesos aversivos impredecibles e incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas. El modelo se fundamenta en la hipótesis de un retículo cognitivo que estructura el miedo, debido a que existe una red de memoria semántica que conecta elementos primarios: la información sobre las circunstancias del estímulo, la información sobre las respuestas fisiológicas cognitivas y comporta mentales del estímulo y la significación del vínculo entre el estímulo y la respuesta (Lang, 1985, citado por Medina y Robles, 2003)

El último modelo al que se hace referencia en este trabajo es el modelo cognitivo, el cual resalta el papel de la evaluación cognitiva a través de la cual el individuo interpreta y otorga un significado a los acontecimientos, comparándolos con sus esquemas mentales, los cuales, si son distorsionados e irracionales, conducen a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Es así como el modelo de la indefensión aprendida (learned helplessness) propuesto por Seligman en 1975, plantea la participación de variables intrapsíquicas en la determinación de la conducta, las cuales se relacionan con la apreciación que el individuo hace de sus posibilidades para controlar el medio con su conducta. Cuando la persona no puede controlar la presentación de estímulos, generaliza esta ausencia de control a otras situaciones. Así, algunas personas expuestas a acontecimientos traumáticos se paralizan, se muestran pasivas, culpables y desarrollan sintomatología depresiva. Esto se produce porque realizan atribuciones de indefensión o de desesperanza sobre estas situaciones en la creencia de que no pueden controlarlas (Seligman, 1975, citado por Medina y Robles, 2003).

Una teoría que va de la mano con la propuesta realizada por el modelo cognitivo, la cual se ha incluido en el presente trabajo por el grado de credibilidad y validez que tiene la misma, es la propuesta por Folkman y Lazarus (1986), quienes en su teoría de afrontamiento al estrés también explican la forma como las personas se enfrentan a las situaciones estresantes, centrándose en la interacción del sujeto con su medio y en cómo éste hace frente a las demandas que el medio le hace de forma continuada, la cual no se limita a una relación física, sino que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, el modo en que se siente comprometido por ella, sus relaciones actuales y su posición social, y a la que hará, o no, frente de forma satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos.

Para estos autores, la forma en que el sujeto percibe la situación y sus recursos para afrontarla determina que su respuesta sea adaptada o inadaptada. De esta forma, se tiene que si la situación - estímulo es evaluada como irrelevante, ésta no afectará al sujeto, no significará un compromiso físico, ni personal ni social y no da lugar a respuesta de orden emocional. Mientras que si la situación

es evaluada como relevante, significa un compromiso, una alteración del equilibrio del sujeto, ya sea en el ámbito físico, personal o social. Constituye una situación de estrés para el sujeto, y provoca la fijación de la atención en la misma, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación.

La evaluación que realiza el sujeto en una situación de estrés se realiza en la siguiente secuencia: Primero se realiza una *Evaluación primaria*, en la que el sujeto valora la situación como tal para darle un significado de riesgo, de compromiso a su bienestar o a su supervivencia. Una distorsión en esta área puede afectar: a la relevancia, a la atribución de grado de compromiso que la situación supone para el sujeto. Seguidamente, el sujeto realiza una *Evaluación secundaria* en la que estima los recursos que posee para hacer frente a la situación de estrés, analizando su capacidad para responder a la situación. Finalmente, el individuo realiza una *Evaluación Terciaria*, la cual es resultado de las dos anteriores y la que condicionará la respuesta del sujeto.

En esta última evaluación, la comparación de las dos evaluaciones anteriores determina que la situación sea valorada como: A) Desafío o reto: El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación y para ello moviliza los recursos de los que dispone generándole sentimientos de eficacia y de logro; o B) Amenaza: El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente, se siente desbordado por ella y emite claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz, oscilando de una actividad caótica, poco organizada, a la simple inactividad, es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos, menos elaborados de conducta. En éste contexto es donde se sitúa la patología, tanto ansiosa como depresiva (Folckman & Lazarus, 1986)

Es evidente que este proceso de evaluación es auto-mantenido, ya que si ocurre un fracaso previo, se deteriora la valoración de los propios recursos de las personas como eficaces para hacer frente a la situación (expectativa de afrontamiento) y consideran que a pesar de ponerlos en marcha no lograrán controlar la situación (expectativa de resultado) y aumentarán la evaluación como amenaza de la situación, con lo que disminuye la capacidad de afrontamiento del

sujeto y aparecen mecanismos menos eficaces, vinculados de forma directa a la presentación de patología: Evitación, auto-focalización, desesperanza y búsqueda de atención social, muy en función a los esquemas aprendidos (Folckman & Lazarus, 1986). Por esta razón, se considera importante tener muy en claro si las víctimas de alguna emergencia o desastre han experimentado con anterioridad una situación similar y la manera cómo la han afrontado (2º. Factor estresor), debido a que ésta puede ser asociada con el evento vivido en la actualidad y la valoración que realice a esta situación está en función a esa experiencia previa.

Después de haber revisado las diferentes concepciones teóricas que giran alrededor de las reacciones suscitadas a partir de un desastre, es importante resaltar que las respuestas al estrés se originan de una combinación tanto de aspectos biológicos, como psicológicos y conductuales. Se considera que los canales cognitivos (con prevalencia de creencias de falta de control de la situación) y fisiológicos (ansiedad, aceleración del ritmo cardíaco, sudor, etc.) de las víctimas/damnificados se activan inmediatamente cuando se presenta un evento catastrófico y que ambas reacciones se retroalimentan entre sí, razón por la cual ante las alteraciones fisiológicas las personas piensan que pueden soportar y controlar la situación y viceversa. Se considera que el aprendizaje de las respuestas de miedo y ansiedad posteriores se debe a la acción de un condicionamiento clásico en la que las respuestas condicionadas son producto de estímulos condicionados y que éstas no se procesan, emocionalmente, de forma adecuada. También se considera válido el hecho de que la conducta de evitación, que es observable en casi todas las víctimas de desastres, sea producto de un condicionamiento instrumental.

En síntesis, se cree que tanto el modelo cognitivo como el biológico explican la adquisición de las reacciones inmediatas a un acontecimiento catastrófico, mientras que lo planteado por el modelo conductual y el de un deficiente procesamiento emocional, permiten elucidar las respuestas de ansiedad, miedo y las patologías, en una fase posterior al desastre.

De otro lado, y siguiendo el curso y evolución de las reacciones que un damnificado experimenta en una situación catastrófica, y, de acuerdo con el modelo del deficiente procesamiento emocional, se considera que un desastre al

no ser afrontado de forma adecuada, puede desencadenar en un episodio traumático y provocar en las personas dos consecuencias nefastas: Una, a nivel psíquico y otra a nivel psicológico. Las consecuencias a nivel psíquico ocurren cuando se rompen las defensas psicológicas en forma repentina y brutal que impiden al organismo responder en forma eficaz, originando en el individuo un “trauma psicológico” (Reyes, 2001).

Erickson (1976) señala dos tipos diferentes de trauma psíquico prevalentes en estas situaciones: individual y colectivo, son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. Define el trauma individual como: "... un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz...", y el trauma colectivo como: "un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad." Estos traumas pueden ocurrir uno en ausencia del otro, pero es evidente que están relacionados y que suelen suceder en forma conjunta, además de experimentarse como dos mitades de un continuo en los desastres de mayor magnitud (Erickson citado por Ahearn & Cohen, 1990).

En síntesis, un trauma es una reacción de miedo y ansiedad que evoluciona a raíz de un déficit para afrontar las situaciones catastróficas, que se caracteriza por romper las defensas psíquicas de las personas tanto a nivel individual y colectivo, y por tanto, las incapacita para responder de manera eficaz al evento traumático. Dichas reacciones traumáticas también conllevan a los damnificados a experimentar altos niveles de estrés, acompañados por las respuestas que ya se han descrito.

Por su parte, las consecuencias a nivel neurofisiológico surgen cuando los mecanismos cerebrales implicados en el estrés, sufren severas alteraciones por la gravedad del impacto y como consecuencia, se originan los trastornos psiquiátricos, tales como el estrés agudo y estrés post traumático. (Reyes, 2001)

El trastorno por estrés agudo, según el manual de diagnósticos y estadísticas de trastornos mentales (DSM-IV-TR) (2002), se define como un conjunto de alteraciones, que se observan una vez ha cesado un acontecimiento catastrófico, como la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo,

durante el mes siguiente a la exposición de un acontecimiento traumático en caso extremo. Durante el mismo momento del trastorno o con posteridad a él, el individuo experimenta por lo menos tres de estos síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de realidad que le rodea, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. Después de la presentación del acontecimiento traumático, estas manifestaciones son vividas de forma recurrente y el individuo presenta conductas de evitación de aquellos estímulos que evocan recuerdos del trauma y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de la activación. Por lo general, estos síntomas generan gran malestar y afectan la capacidad para llevar a cabo tareas indispensables. Estas alteraciones duran por lo menos dos días y no se prolongan por más de cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático porque de ser así, puede efectuarse un diagnóstico de estrés posttraumático, si cumple con la totalidad de los criterios.

De otro lado, el estrés posttraumático se caracteriza por las evocaciones, repeticiones o re experimentaciones intrusivas del acontecimiento traumático (durante los estados de vigilia o sueño), la evitación persistente de los estímulos asociados a éste y el embotamiento de la capacidad de respuesta del organismo y de síntomas persistentes de activación (arousal). Este cuadro sintomático debe presentarse de manera completa por más de un mes y provocar malestar en el individuo y deterioro significativo en áreas importantes de la actividad del individuo. Entre otros síntomas que se asocian a este trastorno se encuentran el sentimiento de culpabilidad por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida, conflictos a nivel interpersonal y alucinaciones en los casos más graves. El curso de este trastorno es fluctuante, debido a que puede aparecer varios meses, e incluso, años después de haber experimentado el acontecimiento traumático y los síntomas pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. Este trastorno puede iniciarse a cualquier edad, incluso desde la infancia (DSM-IV-TR, 2002).

En cuanto al Trastorno por estrés post traumático, es importante resaltar que se considera la patología con más alta incidencia después de un evento catastrófico (Irosson, 1997, citado por Medina & Pérez, 2000)

Cabe añadir que las situaciones de emergencias y/o desastres también desencadenan trastornos orgánicos de causa predominantemente psíquica, que ocasionan daños en el cuerpo, lo que propicia el apareamiento de las denominadas “enfermedades psicosomáticas”.

Este trastorno, ocurre cuando la ansiedad comienza a "descargarse" o canalizarse a través de síntomas somáticos, razón por la cual el paciente acude a consulta, y se caracteriza por el incremento de los síntomas orgánicos y las alteraciones en los patrones cotidianos de vida de las víctimas/damnificados, como el sueño, el apetito, la vida sexual, etc. El daño causado depende de la susceptibilidad personal, motivo por el cual las personas que lo padecen desarrollan enfermedades diferentes en sistemas diferentes (piel, el sistema digestivo, el respiratorio, el cardiovascular, etc.)

La sintomatología asociada con este trastorno toma su expresión en dolores variados que sufre la víctima y que son refractarios al tratamiento médico; mareo, vértigo o náuseas; síntomas que afectan la piel (erupciones, picazón, ardor); hipertensión arterial y problemas disfuncionales de diversa índole (diarrea, estreñimiento, impotencia, frigidez, falta de aire, etc.) (Casas, 2006)

Siguiendo con la exposición de las patologías que se desencadenan a partir de las situaciones de emergencias y/o desastres, se hace necesario abordar el trastorno depresivo, debido a que los investigadores han hallado que en los damnificados ha aumentado la tasa de incidencia de este trastorno (David, 1990; Panikas, 1993; Havermar, 1996, citados por Medina y Pérez, 2000)

Según el DSM-IV-TR (2002) , la depresión o mejor, el trastorno depresivo mayor, se caracteriza por la experimentación de un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, en los niños y adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable, disminución del interés o capacidad de placer en el desarrollo de actividades, la mayor parte del día. También se pueden presentar algunos síntomas como pérdida de peso o aumento de éste sin seguir un régimen alimenticio, pérdida o aumento del apetito; insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento motores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión; y pensamientos recurrentes de muerte.

Para realizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, los síntomas deben provocar un deterioro significativo en áreas importantes de la vida del individuo y generar malestar. Estos síntomas deben persistir durante más de dos meses y, de acuerdo a su evolución y presentación puede desencadenar trastornos del estado de ánimo más complejos como es el caso de los trastornos depresivos y los trastornos bipolares.

Finalizando con las manifestaciones patológicas consecuentes a una situación de emergencia y/o desastres, a continuación se describen las manifestaciones asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y las conductas violentas planteadas por Casas (2006).

En cuanto al consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, las situaciones de desastres pueden conducir al inicio o al aumento en la ingestión de alcohol u otras sustancias psicoactivas lo que conlleva consecuencias perjudiciales, no sólo en la salud de la persona afectada, sino también en su economía, en sus relaciones interpersonales y en el ámbito familiar. Es un problema que afecta a ambos sexos, pero es más frecuente en hombres. A menudo, condiciona situaciones de violencia y está vinculado o enmascara trastornos como la depresión.

Es frecuente que quienes tienen problemas por consumo de alcohol los nieguen o minimicen, especialmente en culturas permisivas con gran aceptación social de su consumo.

Es necesario pensar en problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, después de un evento traumático, cuando se observan: alteraciones en el funcionamiento social, como peleas o conductas violentas con familiares y amigos, ausentismo laboral, problemas delictivos, o consumo excesivo en grupos, de acuerdo con las apreciaciones de la comunidad.

De otro lado, las conductas violentas son una forma de respuesta humana frecuente ante situaciones de frustración (como las que generan los desastres), que puede volverse habitual e invadir el ámbito familiar, convirtiéndose en un problema social que influye negativamente en la familia y, muy especialmente, en

los más vulnerables, como los niños, las mujeres, los ancianos y los discapacitados.

La violencia causa sufrimiento o daño en lo físico, lo psicológico y lo social. El impacto de la violencia incluye repercusiones inmediatas, a corto, mediano y largo plazo, como las que se mencionan a continuación:

Las personas maltratadas experimentan sufrimiento, aflicción, tristeza, ansiedad, rabia y fatiga crónica. Las condiciones repetidas de violencia inesperada e injustificada, generan frustración, temor y ansiedad permanentes y, a la larga, sentimientos de desamparo y desesperanza, y pueden organizarse como trastornos psiquiátricos. Además, el sufrimiento puede expresarse con síntomas o enfermedades psicosomáticas; también puede estar relacionado con el alcoholismo.

Las consecuencias psicológicas de la violencia afectan tanto a los directamente maltratados como a quienes presencian los actos violentos. Cuando los niños se ven sometidos a presenciar repetidamente actos de violencia, tienen mayor probabilidad de aceptar la violencia como "parte normal de la convivencia".

Es común que la violencia se oculte, por ello, es importante estar atentos a los indicios que hacen sospechar maltrato intrafamiliar. Entre ellos, se consideran los siguientes: La víctima ha consultado en varias ocasiones alegando accidentes, pero presenta daños físicos que no concuerdan con la supuesta causa accidental relatada, la víctima se niega a hablar o muestra reservas o vergüenza al contar lo que ha ocurrido o existe una demora inexplicable en buscar la ayuda médica, la víctima es acompañada de algún miembro de la familia o amigo que insiste en estar cerca de ella, de tal manera que impide hablar en privado con ella, la víctima manifiesta deseos de no regresar a la casa o temor por la seguridad de otros miembros de la familia.

En situaciones de desastres, las formas más frecuentes de violencia son: violencia basada en género, maltrato a menores, desorden social por grupos más o menos organizados y alteración del orden en los albergues (incluyendo riñas y violencia intrafamiliar).

Ante la gravedad no solo de las consecuencias de índole psicológico, citadas con detalle en los párrafos anteriores, derivadas de la vivencia de una situación catastrófica o de emergencia, sino las que se experimentan durante los sucesos, es importante resaltar la función de la Psicología y de sus profesionales. No cabe duda de que la intervención en dichas situaciones debe cubrir no solo aspectos físicos y sociales sino también psicológicos.

Los resultados de varias investigaciones y estudios han demostrado que la primera ayuda psicológica beneficia enormemente a los damnificados ya que esta tiene gran influencia positiva sobre las reacciones psíquicas de éstos, les ayuda a recuperar el equilibrio roto por la situación vivenciada, les imprime la noción de control y manejo de la misma y de sus propias reacciones; además favorece la resolución de las secuelas después de vivida la experiencia. (Losada, 2004)

Las funciones del psicólogo de emergencia como recurso humano pueden ser integradas en primera instancia a los equipos de primera respuesta en los cuales participara en la elaboración o diseño de programas de contención psicológica en las operaciones y ayudándolos de manera tal que puedan volver a retomar la rutina de trabajo y del hogar después de haber participado en una situación de desastre/emergencia. También es importante en el área de prevención en la cual puede contribuir con el desarrollo de programas de sensibilización y motivación destinados al cambio cognitivo comportamental con la finalidad de que las personas incorporen en sus rutinas la concesión de importancia a situaciones de prevención y manejo de situaciones de desastre/emergencias. (Losada, 2004)

Otra actividad que también puede ser desempeñada por los psicólogos de emergencias es la de actuar como consultor en el sector de educación en temas relacionados con la capacitación para docente y alumnos en cuanto a situaciones de desastre y emergencia se refiere; además puede actuar como asesor en la implementación de estrategias psicoeducativas para la atención de niños y adolescentes víctimas de situaciones catastróficas. (Losada, 2004).

En síntesis el perfil del psicólogo debe estar orientado a desempeñar funciones de prevención, planificación, intervención y rehabilitación en situaciones de desastre/emergencia, razón por la cual se considera importante que

el psicólogo de emergencias posea unas cualidades tales que le permitan ser un autentico recurso profesionalizado y especializado con el fin de brindar la mejor ayuda posible a las victimas de situaciones de desastre y emergencias.

Cabe resaltar la importancia de que el personal de apoyo, especialmente los psicólogos, conozca los recursos con los que cuentan los damnificados a fin de valorar la necesidad de aprendizaje de nuevos repertorios conductuales y/o facilitar el uso de recursos sociales e institucionales para sortear, en un momento dado, la situación de desastre/emergencia.

Además de este conocimiento, se cree necesariamente útil entender y adquirir herramientas para manejarse dentro de una situación de emergencias y desastres, con el fin de contrarrestar todos los efectos producidos (a nivel psicológico y de satisfacción de necesidades primarias) por dicha situación. Un ejemplo de esto lo expuso la Organización Panamericana de la salud en 1990, dando a conocer el siguiente modelo de intervención, diferenciado por fases (Ahearn y Cohen, 1990):

La *primera fase* comprende las "operaciones de selección en desastres", haciendo referencia a los procedimientos que usan los grupos asistenciales u otros trabajadores de salud mental para evaluar la conducta, calibrar el grado y nivel de crisis, y derivar información.

Durante los primeros dos o tres días, los trabajadores de salud mental deben centrarse en los procedimientos de auxilio con base en el diagnóstico de manifestaciones de crisis y síntomas en los damnificados (tristeza, temor e ira). Hay que definir prioridades de acción, como sería ayudar a mejorar la orientación de los damnificados, reforzar su relación con la realidad, ayudarlos en el logro de apoyo y confianza en los demás, y satisfacer sus necesidades con recursos que puedan obtenerse de otros organismos.

De otra parte, *en la segunda fase* planteada por la Organización Panamericana de la Salud, los damnificados pasan de los refugios de emergencia a viviendas temporales o regresan a sus hogares, que tal vez se encuentran dañados pero habitables. Surge entonces una nueva fenomenología que consiste en

conductas de duelo y crisis como consecuencia de las diferentes pérdidas (materiales y familiares).

Una vez que se establece la relación de confianza con el damnificado, el trabajador puede proceder a la obtención de datos adicionales sobre las cuestiones que lo afectan. La evaluación diagnóstica debe incluir datos sobre las categorías siguientes: 1) Características y datos vitales del paciente, 2) Estado mental y crisis previas de importancia; 3) Acontecimientos históricos durante el desastre, 4) Efectos de desastre sobre sus propiedades o familiares, 5) Preocupaciones principales e identificación de problemas prioritarios, 6) Características de la personalidad y calidad de la relación con el auxiliador, y 7) Tipo de habilidades que tiene la persona para desenvolverse en su medio.

Con esta información, quien presta la ayuda puede proceder a elaborar un "plan de acción asistencial", cuyo objetivo estará orientado en ayudar a que los damnificados logren la reestructuración de las áreas cognoscitiva, emocional y de conducta para la resolución de la crisis. La resolución se manifiesta por la disminución de la tensión, la restauración de la organización cognoscitiva, el logro de control emocional relativo, el uso espontáneo de interacciones sociales apropiadas y la capacidad de enfrentar los aspectos negociables de la obtención de recursos disponibles para restaurar sus vidas normales.

La tercera fase propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, indica que conforme se desarrollan las fases finales de las actividades de recuperación, llegan a la atención de los trabajadores de salud mental casos con trastornos muy diversos (déficit en la resolución de problemas, dependencia creciente, conducta iracunda, reaparecen los síntomas psicofisiológicos, etc.). Estos casos presentan necesidades diferentes en las áreas de la vulnerabilidad y descompensación del yo. A esta fenomenología se aúna el hecho de que los sistemas de apoyo después del desastre, que comienzan con fuerza, entusiasmo y recursos abundantes, tienden a desaparecer y muchos individuos se pierden en la matriz humana que les ayudaba.

Cuando en esta fase las alteraciones cognitivas, fisiológicas y conductuales rayan en la línea de lo normal, es conveniente que el grupo de socorro o

profesional encargado, realice el contacto pertinente con los psicólogos para atender a los damnificados que presente tales anomalías.

En relación con lo que se ha planteado hasta el momento, que en sentido general trata de las reacciones y el tipo de intervención realizada con los damnificados, también es importante, tocando el tema de la presente monografía, conocer aquellas manifestaciones que experimentan los niños y los adolescentes en una situación de emergencia y desastre, las cuales se han de tener en cuenta para elaborar el manual de primeros auxilios psicológicos para esta población.

Autores como Cohen (1999) y Raphael, (1986) consideran a los niños como un grupo de riesgo a tener en cuenta en situaciones traumáticas, debido a que, al igual que los adultos, experimentan una serie de reacciones ante las pérdidas sufridas en un desastre. Como ya apuntaron algunos autores (Burke, Borus, Burns, Milistein y Beasley, 1982; Mc Farlane, 1985), los adultos generalmente niegan la reacción de los niños frente a la amenaza y el impacto. Existe una creencia cultural de que los niños son personas inocentes y despreocupadas, pensando erróneamente que estos no se disgustan por lo que acontece a su alrededor. De éste modo, cuando en el seno de una familia se sufre una pérdida, los adultos hacen cualquier cosa para proteger a los más pequeños de la realidad del dolor y la pérdida (García, Gil & Valero, 2007).

Sin embargo, a continuación algunos autores confirman que los niños experimentan una gama de reacciones tanto a nivel cognitivo, emocional y conductual en situaciones de emergencia y desastres, razón por la cual las personas adultas deben comprender y aceptar que es necesario que ellos deben aprender a manejarse dentro de dichas situaciones adquiriendo habilidades que les permitan hacerle frente a éstas.

Las reacciones que los niños y adolescentes experimentan en una situación traumática y su capacidad de afrontamiento dependen de una serie de variables, entre ellas, Cohen (1999) cita las siguientes (Cohen, citado por García, Gil, y Valero 2007): *A) Nivel de desarrollo y edad en la que se encuentran:* en la etapa pre verbal al no tener adquirida la capacidad lingüística pueden tener más dificultades a la hora de expresar lo que están experimentando. *B) Calidad de las relaciones familiares y vínculos sociales:* Aquellos que tienen problemas en el

apoyo familiar están en un mayor riesgo para una peor recuperación. *C) Aspectos relativos a la amenaza e impacto del desastre:* No en todos los tipos de desastres se van a observar los mismos patrones de respuesta. Fernández (2002) considera que el trauma ocasionado por un acto terrorista es el que más impacto emocional causa en la población infanto-juvenil. Este autor sostiene que ellos pueden asimilar con más o menos dificultades los efectos de un terremoto, ciclón o cualquier otro tipo de desastre natural, pero no pueden entender la profundidad de un atentado terrorista ni las muertes en ellos de familiares y amigos. *D) Grado de exposición directa de la persona al trauma:* Cuanta más exposición directa al trauma (por ejemplo: visión de muertos, visión de escombros, destrucción masiva de la comunidad...) mayor será la sintomatología que presenten, así como la incidencia de problemas psicológicos a largo plazo. *E) La percepción que tienen los niños de las reacciones de sus seres queridos:* Los estudios (Raphael, 1986; Puertas, 1999) demuestran como las reacciones y conductas que presenten en la fase de amenaza e impacto viene muy determinada por las reacciones que presenten sus figuras de apego. *F) Los múltiples cambios del sujeto, después del desastre, debido a las pérdidas en el mismo:* Los niños son muy sensibles a los cambios que se producen en sus vidas, están acostumbrados a una rutina diaria conocida para ellos, desayunar, ir al colegio, comer, jugar con los amigos. De este modo, cuanto mayor sean los cambios que se produzcan en su ambiente de rutina diaria mayores dificultades tendrá para hacer frente a la situación

Teniendo en cuenta el grado evolutivo en el que se encuentran los niños, se han explicado las reacciones más comunes que se pueden observar en la población infanto – juvenil después de un suceso traumático. Esta clasificación se menciona a continuación, tal como lo explican García, Gil, y Valero (2007):

De los 1 a los 5 años: (Educación infantil): Los niños de estas edades se sienten desvalidos y experimentan un miedo intenso e inseguridad por su impotencia para protegerse a sí mismos, así como un intenso miedo a la separación de sus padres y abandono. A estas edades muchos de ellos carecen de las habilidades verbales y conceptuales necesarias para enfrentarse al estrés que ocurre de una manera súbita. Sus reacciones están fuertemente influidas por las reacciones que presentan las figuras de apego.

Las reacciones más comunes que se suelen observar a estas edades son: Miedos generalizados o específicos (miedo a la oscuridad, miedo de separación de las figuras de apego), elevado arousal, confusión cognitiva, dificultades para hablar sobre el evento, dificultades para identificar sentimientos, problemas de sueño, pesadillas, síntomas regresivos (enuresis, chuparse el dedo...), ansiedad sobre la muerte, síntomas somáticos (dolores de estómago, de cabeza...), reacciones excesivas a ruidos, gritos, sollozos, temblores, dificultades de habla (tartamudear), disminución o aumento del apetito, inmovilidad, temblores y expresiones faciales de terror, movimiento sin dirección, fantasías y juegos repetitivos sobre el desastre.

De los 6 años a los 11 (Edad escolar): En esta etapa, ya son capaces de comprender que los cambios y las pérdidas son permanentes. Se pueden preocupar por los detalles del desastre y pueden querer hablar sobre éste continuamente.

Las reacciones más comunes son: Sentimientos de responsabilidad y culpa, repetición de juegos traumáticos (muy común en los primeros días), problemas de sueño y pesadillas, preocupación por la seguridad y el peligro (la visión que tiene de un mundo seguro desaparece temporalmente), conductas agresivas, enfados, miedos, ansiedad (fuertemente relacionada con la ansiedad que muestren sus padres y la ruptura de las rutinas diarias), conductas regresivas, confusión, pérdida de interés por actividades, explicaciones mágicas, conducta distraída, irritabilidad, miedos asociados a determinados lugares relacionados con el desastre, arranques de ira, propensión a las peleas, síntomas somáticos (dolores de estómago u otros dolores en el cuerpo), embotamiento emocional y tristeza. En el ambiente escolar suele ser normal que disminuya el rendimiento escolar, o incluso que no quieran ir al colegio. También suelen aparecer problemas de concentración, disciplina e inquietud.

De los 12 a los 18 (pre adolescencia y adolescencia): A estas edades ya pueden mostrar respuestas similares a las observadas por los adultos, incluyendo pensamientos e imágenes intrusivas, pesadillas, embotamiento emocional, esfuerzos por eliminar cualquier imagen del desastre, depresión, abuso de sustancias, problemas con los pares y conductas antisociales. También son frecuentes los pensamientos de suicidio, problemas con los estudios o abandono

de ellos, confusión y soledad. Los adolescentes pueden sentir sentimientos de culpa sobre su incapacidad de prevenir los daños o pérdidas, y puede desarrollar fantasías que interfieran en su recuperación. Los más mayores dentro de este grupo pueden tener dificultades para expresar sus miedos y ansiedades, por temor a parecer menos competentes ante sus pares y ellos mismos.

En la mayor parte de los casos, tales síntomas desaparecerán después que el niño haya conseguido reajustarse a la nueva situación. Cuando los síntomas continúan pueden aparecer problemas emocionales serios y sería considerable ofrecerle un tratamiento a nivel psicológico.

Por su parte, Jarero (1999) realiza otra descripción, mucho más general acerca de las reacciones que pueden experimentar los niños en situaciones de emergencias y desastres y, además, ofrece una guía sobre los primeros auxilios que se le podrían suministrar.

Plantea que los niños y niñas de edad preescolar al segundo año de primaria experimentan los siguientes síntomas ante una situación de emergencia y desastre: desamparo y pasividad (desgano, energía baja, no participan en actividades, miedo generalizado, temen a todo), confusión en el proceso del pensamiento, no se concentran, se "sienten mal" en general, no quieren hablar de lo que les pasó, sueños desagradables, pesadillas, no pueden dormir de corrido, se despiertan en la madrugada; no quieren separarse de los padres o de los adultos que los protegen y regresan a conductas ya superadas como: chuparse el dedo, hacerse pipí en la cama, hablar como cuando eran más chiquitos (balbucesos). Además, presentan angustia al no entender que significa la muerte, fantasías en las que esperan el regreso de la persona muerta y juegos repetitivos acerca del evento traumático. Juegan a que rescatan a sus amiguitos, a que otros se mueren, etc.

Los primeros auxilios que se les pueden suministrar en esta etapa podrán ser: brindar apoyo, descanso, consuelo, comida, permitirles que libremente: jueguen, dibujen, coloreen, canten, bailen, acerca del evento traumático; los adultos deben de decirles que ahora están a salvo y que ellos los van a cuidar y proteger; dar respuestas claras y concretas a las preguntas de los niños, cada vez que éstos lo necesiten y de manera que ellos entiendan; ayudarlos a ponerle nombre a lo que sienten, ejemplo: eso que estás sintiendo se llama tristeza, o

miedo, o enojo, etc.; ayudar a que los niños hablen de sus sentimientos. Si se les pregunta que sienten y no responden, les podemos preguntar ¿cómo crees tú que se siente tu amiguito?; alentarlos a hablar sobre lo que vivieron, con sus padres y maestros; informarles cada vez que lo pidan, en donde están los adultos responsables de ellos. Ej. Tú mamá está en el albergue y pronto irás con ella, ser pacientes con los niños que regresan a conductas ya superadas (chuparse el dedo, hacerse pipí en la cama, etc.) Esta regresión, normalmente puede durar hasta 6 semanas. Además, el tema de la muerte se debe de tratar concretamente. Decirles que la muerte es permanente y que causa una gran tristeza a los que nos quedamos vivos. No se le debe culpar al niño por la muerte de otros y no decirles que los muertos están felices en el cielo con Dios, los niños no entienden este concepto y pueden desear morir para ir con esa persona.

Para niños y niñas de los 8 a los 11 años, Jarero (1999) describe los siguientes síntomas: Preocupación, responsabilidad y/o culpabilidad por el evento. Sienten miedo de estar solos y del contacto con todo aquello que les recuerde el suceso. Otro síntoma es el que niño acostumbra a jugar y platicar repetidamente y con exceso de detalles, acerca del evento traumático. También manifiestan miedo de no poder controlar sus sentimientos (de llorar, de estar enojados, de tener miedo, etc.), problemas para prestar atención y aprender, alteraciones del sueño (pesadillas de monstruos, no poder dormir), preocupación por la seguridad de sí mismos y de otros. Ej. Pensar que algo les va a pasar a sus papás, hermanos, amigos, etc.; cambios inesperados de conducta, por ejemplo: los niños activos se vuelven pasivos y los pasivos activos; dolores corporales (cabeza, pecho, estómago), preocupación extrema por el proceso de recuperación de sus padres. Evitan molestarlos a ellos con sus propias angustias; preocupación por otras víctimas y sus familias; sentirse inquietos, confundidos y asustados por sus propias reacciones al dolor y a la pérdida. Por último, otra reacción que manifiestan es el miedo a fantasmas.

Los primeros auxilios que se les pueden suministrar a este grupo de niños son: 1) ayudarles a expresar sus fantasías secretas sobre el evento, 2) ayudarles a identificar y hablar sobre sus recuerdos y angustias relacionados con el trauma, 3) decirles que sus sentimientos y reacciones son normales ante lo sucedido, 4) alentar en ellos la expresión del miedo, enojo, tristeza, etc. Acompañándolos y

apoyándolos con nuestra presencia; 5) decirles que informen a sus padres y maestros, cuando sus pensamientos y sentimientos no les permitan aprender; 6) apoyarlos para que platique sus sueños. Explicarles que es normal durante un tiempo (6 semanas) tener ese tipo de sueños. Que no luchen contra eso. 7) Compartir sus preocupaciones. Siempre decirles la verdad y 8) promover reuniones con niños y padres, para que les puedan expresar lo que están sintiendo.

En cuanto a lo que se refiere a los adolescentes, Jarero (1999) plantea que esta población puede presentar síntomas tales como: Culpabilidad por haber sobrevivido, desinterés por la vida, pena, sensación de vulnerabilidad (estar indefenso), miedo de que les digan que no son normales. También se presentan comportamientos diferentes (puede aparecer uso de drogas, delincuencia, acciones sexuales), conductas autodestructivas (tendencia a tener o provocar accidentes), cambios repentinos en sus relaciones con las personas, deseos y planes de venganza, y deseos de entrada prematura la edad adulta (Ej. Dejar la escuela, y buscar un trabajo, casarse, tener un hijo).

Los primeros auxilios que se le pueden suministrar a esta población incluyen: 1) Fomentar diálogos sobre el evento y los sentimientos alrededor de éste, con ideas realistas sobre lo que se pudo y no se pudo hacer. 2) Ayudarles a entender el significado normal de sus sentimientos y como expresarlos (hablando honestamente sobre ellos), fomentar que busquen apoyo y comprensión de sus compañeros y amistades. 3) Ayudarles a entender que estas conductas son un intento de evitar los sentimientos relacionados con el evento, 4) hablar con ellos sobre el probable deseo de hacer cosas arriesgadas, en el período más difícil después del trauma; 5) dialogar con ellos sobre las dificultades que se pueden presentar en las relaciones con la familia, compañeros y amigos; 6) hacer que hablen de sus posibles planes de venganza (en caso de que exista un presunto culpable de la tragedia). Discutir con ellos las consecuencias reales de estas acciones, hablar sobre soluciones constructivas que disminuyan la sensación traumática de desamparo. 7) Explicarles que los síntomas que tienen, son consecuencia normal del impacto emocional del evento y pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida.

Además de las técnicas antes descritas para brindar los primeros auxilios psicológicos, existen otros procedimientos utilizados para intervenir con la población infanto – juvenil, entre las que se encuentran la terapia de juego y la terapia grupal.

Estas técnicas serán expuestas a continuación en el apartado que corresponde a la revisión empírica, el cual se describe a continuación.

Revisión Empírica

Además de las técnicas descritas con anterioridad, también se han diseñado terapias, manuales y protocolos que han sido utilizados para atender e intervenir a las víctimas de situaciones de emergencias y/o desastres, descritos a continuación.

Virginia Axline, pionera de la terapia del juego, plantea que los niños que constantemente juegan, después de una situación de emergencias y/o desastres, le hacen frente al trauma y pueden cambiar sus vidas (Axline, 1969, citada por Zubenko, 2002).

Según Zubenko (2002), La terapia de juego se debe iniciar tan pronto como los niños se sientan seguros y se encuentren en los refugios. Para realizar esta terapia, se siguen las siguientes estrategias: 1) Sentarse con los niños, mirarlos fijamente a los ojos y utilizar un lenguaje de acuerdo a su edad, con el fin de generar empatía; 2) Respetar el espacio psicológico de los niños y proceder a relacionarse con ellos, en la medida que éstos se lo permitan; 3) Hablar en un tono tranquilo y calmado; 4) aceptación de las sensaciones que sienten y expresan; 5) No intentar cambiar las declaraciones de los niños y 6) buscar las sensaciones detrás de los comportamientos que se observan.

Las actividades que se realizan en el juego, se pueden llevar a cabo en el centro de un círculo formado con los niños o como un juego libre, en el que los niños se ubican en cualquier espacio del lugar en el que se encuentran. Entre las actividades a realizar, pueden utilizarse las entrevistas (grabadas o no) en las que los niños relatan su experiencia, utilizando su imaginación. También se puede

hacer uso de tarjetas con fotos de periódicos referentes al evento, las cuales se pueden armar por pares y colocarlas boca abajo, con el fin de emparejarlas en un juego de memoria. Con estas tarjetas también se puede jugar a palabras de la sensación, escribiendo en ellas palabras como escuela, hermana, hermano, madre, padre, perro, casa, camino, etc. Luego, los jugadores lanzan los dados y toman tantas tarjetas como el número lanzado, con el fin de realizar una oración o una historia. Si realizan una oración, gana 10 puntos y si hace una historia, gana 20.

Otro juego que se puede realizar es el de dibujar en unas tarjetas caras de las diferentes emociones que puede experimentar una persona y pedirles a los niños que mencionen una situación en la que sintieron la emoción que refleja la tarjeta.

De otra parte, Zubenko (2002), también resalta la importancia de utilizar la terapia de grupo como técnica a utilizar después de las situaciones de emergencias y/o desastres, porque proporciona un ambiente de apoyo, anima a la expresión sana de las emociones, provee la oportunidad de compartir problemas y dificultades, anima a la socialización con los pares, ayuda al establecimiento de una red social, provee herramientas para el autoconocimiento, entre otros aspectos importantes para el desarrollo de los niños. Además, plantea que la intervención en grupo es útil cuando las experiencias traumáticas de un grupo son similares y el personal de apoyo es insuficiente para trabajar de forma individual con los niños.

La intervención en grupo ha de ser evaluada (ya sea por sesión o por cada fase en el desarrollo del grupo), con el fin de conocer los logros y los cambios de un niño particular en el grupo o del grupo en su totalidad.

Este mismo autor plantea que la intervención en grupo reconoce los patrones comunes del comportamiento en las situaciones de crisis y se concentra en las reacciones y los síntomas característicos del grupo. Además, considera importante la planeación de las sesiones de trabajo (definición de los objetivos, de los métodos a utilizar y los resultados deseados).

También es importante el establecimiento de reglas, las cuales deben conocer y aceptar todos los miembros del grupo. Las reglas básicas que integran cualquier grupo son: 1) No difundir la información expresada por los miembros

del grupo, ni sobre otros aspectos relacionados. 2) Respetar las opiniones y emociones de los demás miembros. 3) escuchar mientras los miembros del grupo hablan, sin interrumpir. 4) ser honesto y brindar apoyo y 5) no utilizar un comportamiento violento.

Otra técnica actualmente utilizada en la terapia grupal en situaciones de emergencias y/o desastres, es El EMDR (Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular), caracterizada por el uso de movimientos oculares y está constituida por una combinación de protocolos basados en el modelo de procesamiento de información adaptativo, el cual está basado en la filosofía de que los seres humanos son capaces, bajo condiciones apropiadas, de moverse naturalmente hacia una mayor salud e integración. Además, integra elementos tanto de las teorías psicológicas (afecto, apego, conducta, procesamiento bioinformacional, cognitiva, humanística, sistemas familiares, psicodinámica y somática), como de las psicoterapias (basada en el cuerpo, cognitiva-conductual, interpersonal, centrada en la persona, y psicodinámica), dentro de una serie de procedimientos estandarizados y protocolos clínicos, detallados a continuación, teniendo en cuenta las fases del desarrollo del EMDR (Alcalá et al, 1998):

Durante la **fase 1**, se obtiene la historia clínica con la información de padres y maestros y se realiza una evaluación formal con la escala SUD de animalitos (ver anexo 2.). **La fase 2** se lleva a cabo mediante la aplicación del protocolo básico, especialmente diseñado para promover el rapport y la instalación del lugar seguro,

Este protocolo se inicia con un ejercicio de integración y luego, el/la terapeuta pide a los niños cerrar los ojos e irse con su imaginación a un lugar donde se sientan tranquilos y a salvo. Una vez ahí, se les pide que con el pulgar de una mano se toquen la otra mano y, cuando lo hayan realizado, se les dice que ahí donde se tocaron, está un botón invisible, para que en el futuro, con solo tocarlo puedan volver a ese su lugar seguro. Para realizar el anclaje también se puede utilizar la técnica de taping en las rodillas o el “abrazo de la mariposa”, las cuales se mencionan mas adelante.

Después, el/la terapeuta les pregunta que colores vieron en su lugar seguro y espera a que los niños respondan, con el objetivo de verificar que los niños

encontraron su lugar seguro. Al término de este ejercicio, el/la terapeuta procede a hacer preguntas poco relacionadas con el desastres hasta llegar a preguntas relacionadas con éste. Por ejemplo: levanten la mano los que han ido a Bogotá; ahora levanten la mano los que han ido al polo norte; ahora los que tienen problemas para dormir; ahora los que tienen miedo; ¿cuántos niños sienten todavía tristeza?; ¿quién tiene pesadillas en las noches? ¿Quiénes están enojados?; ¿Quiénes recuerdan a menudo el huracán? El objetivo de estos interrogantes es el de medir el impacto del evento antes y después de aplicado el protocolo.

A continuación se explica a los niños que es normal que se sientan así, son niños y niñas normales que sufrieron una experiencia anormal, por lo que es normal que tengan esos sentimientos., Además de explicarles que es normal tener sentimientos diferentes a los de otros niños, pues cada quien siente diferente y eso es normal. Esto se hace con el objetivo de validar los signos y síntomas del estrés postraumático.

Es importante pedirle a los niños que dialoguen con quienes tienen más confianza acerca de como se sienten, porque esto los va ayudar a sentirse mejor. El objetivo de esta tarea es el de ayudar al proceso de recuperación.

Durante este protocolo y todos los demás protocolos, los demás profesionales en salud mental, forman un “Cuerpo de Protección Emocional” (CPE) alrededor de los niños, para estar pendientes de sus reacciones emocionales y auxiliarlos cuando se considere necesario.

En la **fase 3** de la terapia, se obtiene el primer dibujo del grupo, quienes dibujan y colorean el evento crítico en vez de visualizarlo mentalmente. Para ello se utiliza el protocolo de dibujo libre.

Protocolo del dibujo libre: Este protocolo se recomienda para grupos grandes. Se inicia formando grupos tan homogéneos en edad como sea posible, luego se procede a sentar a los niños en círculo y a repartirles una hoja blanca y una crayola a cada uno. Acto seguido, se le solicita a los niños que escriban su nombre y edad en la hoja y que dibujen lo que quieran.

Conforme los niños dibujan, los integrantes del CPE los observan, pasando por detrás de ellos constantemente. Los integrantes del CPE deben numerar los

dibujos en el orden en que fueron dibujados, con el objeto de estudiar más tarde el procesamiento del material traumático.

Si a criterio de los integrantes del CPE, los dibujos pueden representar angustia, miedo, enojo, tristeza, etc. (solo uso de color negro, caóticos, solo rayones, solo genitales, omisión de manos, omisión de dedos, cabeza sin detalles.). Se colocan atrás del niño (en cuclillas o sentado) y le hace taping en los hombros (mientras que el niño dibuja. Solo eso. Sin hablar y sin dar ninguna explicación no pedida del por que del taping dado que los niños se encuentran en ese momento preciso en un nivel emocional, no es deseable llevarlos mediante explicaciones no solicitadas, a un nivel cognitivo). Por otra parte, los niños experimentan el taping como una muestra de afecto por parte del terapeuta). Si llegan a preguntar el por qué del taping, se les puede decir: "Para que te sientas mejor"

Cuando el niño haya terminado, se le puede preguntar que dibujó. Si el niño no contesta, no importa, puede hacer otro dibujo y el terapeuta sigue haciéndole taping en los hombros (Estimulación bilateral)

Si después de 5-7 dibujos no hay cambio, se debe de identificar perfectamente a ese niño, para posteriormente trabajar de forma individual con él.

La duración de este ejercicio es de 20 a 30 minutos, pero el grupo es el que da la pauta sobre la duración.

El/la terapeuta les pide que cierren los ojos y se vayan a su lugar seguro, empleando el ancla que se utilizó en el protocolo básico: "botón invisible", taping en las rodillas o "abrazo de la mariposa o del amor a sí mismo". El objetivo es reforzar el ancla. Este ejercicio dura un minuto aproximadamente.

Por último, el/la terapeuta le pide a los niños que respiren profundamente tres veces y que abran los ojos.

Durante la **fase 4**, los niños se auto administran su propio estímulo bilateral, utilizando la técnica del Abrazo de la Mariposa.

El abrazo de la mariposa consiste en cruzar los brazos sobre el pecho, para que con la punta de los dedos de cada mano, se toque la zona que se encuentra

debajo de la unión de la clavícula con el hombro. En esta actividad, el terapeuta pide a los niños cerrar los ojos o tenerlos semiabiertos, viendo hacia la punta de la nariz, instruyéndoles para que a continuación, muevan las manos en un ritmo alternado, como si fuera el aleteo de una mariposa.

Se respira suave y profundamente, mientras que se observa lo que pasa por la mente y el cuerpo, sin cambiarlo, sin juzgarlo y sin reprimirlo. Como si fueran nubes que pasan en el cielo.

Esta técnica no tiene un tiempo fijo de duración y puede utilizarse con el fin de promover emociones positivas, de facilitar el procesamiento primario de memoria o memorias traumáticas fundamentales, ya que el control que ejerce el paciente sobre su estimulación contra lateral, es un factor de empoderamiento que ayuda a la retención de la sensación de seguridad, mientras que se reprocesan las memorias traumáticas.

En **La fase 5**, los niños nuevamente se auto administran el abrazo de la mariposa. Durante la **fase 6**, se regresa al Lugar Seguro para cerrar la sesión y en la **fase 7** se atiende empleando este protocolo de forma individual o en pequeños grupos, a los niños que lo requieran.

Entre otros protocolos que también pueden ser utilizados se encuentran el protocolo del cuento encontrando el corazón y el protocolo de la piñata (Alcalá, 1998)

Protocolo del cuento encontrando el corazón: En un principio El/la terapeuta (o profesional en salud mental) narra un cuento: “*Había una vez tres niñitos que vivían en un lugar muy tranquilo, iban a la escuela, hacían sus tareas, dibujaban y jugaban. Un día comenzó a caer mucha lluvia y cayó tanta lluvia que algunos niños perdieron su casa*”, el terapeuta pregunta: ¿qué más perdieron? Y los niños usualmente responden: sus juguetes, a sus papás, a sus amigos, a su perrito, esto con el objetivo de que los niños relaten los hechos de su propia vivencia, se identifiquen con los personajes del cuento y se establezca una interacción.

El/la terapeuta continúa: *Y por esa razón se pusieron muy tristes, tenían pesadillas, no podían dormir y nuevamente pregunta: ¿qué más les pasaba? A*

esto los niños, usualmente, responden: se acordaban de la lluvia y lo que vieron, tenían miedo y enojo, soñaban feo (pesadillas). Esta interrogante tiene como fin llevar a los niños desde lo cognitivo a lo emocional.

El/la terapeuta agrega: *al principio, era normal sentirse así después de lo que habían vivido, con la meta de validar las emociones y sentimientos de los infantes, pero ya había pasado mucho tiempo y parecía que esos niños habían perdido su corazón, pues no tenían ganas de reír, estudiar o jugar. Un día, conocieron a un niño que se veía tranquilo, teniéndose cuidado de no utilizar adjetivos calificativos como feliz, encantado, muy contento, debido a la situación real en que los niños se encuentran, y le preguntaron que cómo lo había logrado, él niño les dijo, que lo primero que hizo fue hablarle a quien más confianza le tenía cuando se sentía triste, enojado o tenía pesadillas.* (Esta actividad apoya el proceso de recuperación) *y que después siguió los colores del arcoíris que se formó cuando terminó la lluvia y salió el sol y encontró el tesoro enterrado que estaba al final.*

Los tres niños de nuestra historia decidieron platicar con quien más confianza tenían acerca de cómo se sentían y después se fueron a buscar el tesoro al final del arcoíris. Caminaron mucho tiempo (El/la terapeuta se hace taping en sus rodillas y los niños la/lo siguen (estimulación bilateral) y cuando estaban cansados se acostaron bajo un árbol grande y fuerte y se quedaron dormidos.

Al despertar los niños, ¿qué creen que vieron?

Y los niños dan ideas. Uno de ellos dijo: El arcoíris. Exacto, expresa el terapeuta y agrega:

Los niños corrieron por los colores del arcoíris (se hace taping en sus rodillas.) y al final encontraron un tesoro, ¿qué creen que era ese tesoro?

Varias respuestas de los niños. El/la terapeuta dice:

SU CORAZÓN. Sientan ustedes su corazón (se les enseña el abrazo de la mariposa o del amor a sí mismo con el objetivo de llevar a cabo una estimulación contra lateral y darse amor a sí mismo.

Cierren sus ojos mientras se dan el abrazo del amor a sí mismos. Sientan como palpita y como con cada latido se llenan de tranquilidad y seguridad. Sientan el amor que se dan a sí mismos.

Ahora, abran los ojos y tómense de las manos y sientan como estando todos juntos, hacen que sus corazones sean más fuertes.

Protocolo de la piñata: Este protocolo se recomienda en casos de grupos muy grandes. El/la terapeuta (o profesional en salud mental) saca una bolsa de papel grande y les pregunta a los niños: *¿conocen lo que es una piñata?* Ante la respuesta afirmativa de los niños agrega: Esta piñata la van a llenar con todas las cosas que ustedes quieran poner aquí dentro para que desaparezcan. Si los niños no saben lo que es una piñata se les explica.

Se reparten pedacitos de papeles de colores entre los niños y el/la terapeuta les pregunta de que color son. Además, les dice que cada niño va a pensar algo que le dé miedo, tristeza, enojo o malestar y lo va llevar de su cabeza a sus brazos, a sus manos y al papelito. El/la terapeuta se acerca a cada uno de los niños y les pregunta que es lo que depositan dentro de la bolsa.

Cuando todos los niños han terminado de depositar su papelito en la piñata (bolsa), el/la terapeuta les dice que esta muy pesada y camina con ella como si pesara mucho, cantando la canción “Dale, dale, dale, no pierdas el tino” (canción conocida en México y Centroamérica). Simultáneamente, les muestra como hacerse taping en sus rodillas y los niños siguen su ejemplo mientras cantan

Para finalizar el juego, la piñata se destruye, se quema o se entierra, con el objetivo de simbolizar la desaparición de lo depositado en la piñata

De otra parte, La UNICEF en 1985 publicó un manual "Para vivir mejor" donde ofrece un conjunto de estrategias que orientan el trabajo con niños víctimas de desastres. Estas estrategias son: 1.Contacto físico 2.Demostrar atención e interés 3. No ejercer presión para que hable 4. Proponer juegos o propiciarlos 5. Juego de roles o dramatizaciones 6. Dibujo y modelado 7. Historias, cuentos o relatos de sus fantasías 8. Títeres, máscaras y teatro 9. Música, danza, canto 10. Técnicas de relajación 11. Uso de protocolos de intervención 12. Dinámicas y técnicas participativas y 13. Integración a la comunidad. (UNICEF, 2000)

Continuando con las estrategias para la atención de la población infanto-juvenil, cabe mencionar a Jorge Shimabukuro (2002) quien diseñó un protocolo para la integración con niños víctimas de incidentes críticos en estrés, empleado con los niños víctimas del incendio acaecido en el Asentamiento Humano "Jardín Rosa de Santa María ex Huerta Perdida" (Lima – Perú). A continuación se detallan las sesiones que constituyen tal protocolo:

Primera sesión “Dinámica de presentación”: Se inicia con una dinámica de presentación que permite establecer el “rapport” y una buena relación empática, luego se organizan grupos de trabajo y se le proporcionan: hojas de papel bond con temperas y lápices de colores y se pide elaborar dibujos espontáneos, con la finalidad de romper las resistencias y motivar la participación mediante expresiones gráficas. Luego, se desarrollan ejercicios de dactilopintura y se administra reforzadores sociales.

Segunda sesión “Dramatización y Protocolo inicial de intervención”: En esta sesión se realizan trabajos de dactilopintura y elaboración de máscaras, con el fin de realizar una dramatización de alguna historia narrada por los propios niños. Se pueden emplear títeres de mano o de dedos, algunos juegos y canciones para finalizar la sesión con la aplicación de los protocolos de atención en incidentes críticos. Se trabaja “el lugar seguro”.

Tercero sesión “Habilidades sociales, técnicas de modelado en arcilla y protocolo del abrazo de la Mariposa”: En esta sesión se trabajan las habilidades sociales básicas mediante juegos que promuevan el respeto y el uso de reglas de comunicación y turnos, mediante técnicas de modelado en arcilla, juegos colectivos o dinámicas participativas de integración. Luego, se enseña la técnica “el abrazo de la mariposa”.

Cuarta sesión “Integración grupal, expresiones gráfico – plásticas y administración de escala de auto concepto”: El trabajo en esta sesión consiste en continuar con las expresiones gráfico – plásticas, el modelado en arcilla y trabajo con temperas como facilitadores para la expresión de emociones contenidas. Además se enfatizará en la integración grupal con técnicas participativas y juegos en equipos carreras en sacos, con la finalidad de fortalecer la autoestima de los niños (a) s y por ende los factores protectores y disminuir los factores de riesgo

del desarrollo de un TEPT. Paralelamente se administra la escala de auto concepto de Piers-Harris.

Quinta sesión “Integración grupal (Auto eficacia), Técnica del dibujo espontáneo y administración de escala de auto concepto”: esta sesión incluye los trabajos de integración grupal y auto eficacia a través del baile y el canto grupal; se administran reforzadores sociales y premios por participación. Se aplica la técnica del dibujo libre o espontáneo, lo que permitirá observar la evolución emocional de los niños. Se emplean temperas, colores, crayones, etc. De ser necesario se continuará administrando la escala de auto concepto de Piers-harris.

La sesión final, denominada “Dinámica grupal con técnicas Participativas y desmovilización psicológica, cierre y despedida” consiste en realizar una dinámica grupal de integración, utilizando técnicas participativas. En la segunda parte se realiza una desmovilización de emociones negativas, mediante la administración del protocolo de “la piñata” y el abrazo de la mariposa y se finaliza con un abrazo múltiple y la despedida.

Como se puede observar, al momento de brindar los primeros auxilios psicológicos a la población infanto – juvenil, existen una variedad de técnicas que utilizan la lúdica y la expresión gáfico-plásticas como herramientas, para que los niños puedan expresar las emociones e ideas que tienen acerca del evento catastrófico, con el fin de que éstos logren una mejor adaptación al evento acaecido.

Siguiendo con la revisión empírica, a continuación se contemplarán algunos de los diferentes manuales, cuyo contenido hace alusión al conjunto de técnicas de intervención psicológica recomendadas en la atención inmediata a víctimas de una emergencia o desastres, además se detallarán las investigaciones que se han realizado en el campo de las emergencias y los desastres.

En 1998, AMAUTA Internacional publicó un manual para la atención de los niños que han sufrido pérdidas después de que han ocurrido los desastres, denominado “Y ahora... ¿Cómo hago?”, el cual tiene como característica la posibilidad de ser auto administrado por niños con edades que oscilan entre los 4 y los 12 años, ya que se ha enfocado su vocabulario y nivel de comprensión hacia

una edad promedio de 8 años. En este manual se incluyen 15 lecciones en la que se tratan temas como la pérdida, el dolor, el consuelo, el valor, el tiempo, las cosas, la fe, la confusión, los recuerdos, los sentimientos, el pasado, el presente, el futuro, el crecimiento y concluye con el epílogo “Luz en el valle oscuro”. Estos temas se enseñan a través de la narración de historias alusivas, las cuales incluyen actividades prácticas a realizar por los niños y una ilustración que se recorta y se utiliza como recordatorio de lo aprendido (AMAUTA Internacional, citada por Brensón y Sarmiento, 2006).

La Guía Para Facilitadores De Apoyo En Crisis Y Desastres, con título Recuperación Psicosocial, escrita en 1999 por International Association of Facilitators, permite conocer algunas técnicas adaptadas de técnicas psicoterapéuticas, con el fin de capacitar a cualquier persona responsable para ayudar a individuos en crisis a sobrevivir a las situaciones de emergencias y desastres. Además, brinda información conceptual sobre los diferentes estados emocionales de las personas en situaciones catastróficas entre los que se mencionan el concepto de crisis, el duelo, crisis secundaria o depresión reactiva y un resumen del proceso de recuperación de aquellos que se han visto envueltos en una situación de índole catastrófico. Otra información que puede encontrarse, en el mismo, hace referencia a los ejemplos prácticos acerca de cómo dar respuestas acertadas a las víctimas, las señales de riesgo de suicidio, recomendaciones relacionadas de cómo y cuando remitir oportunamente a una persona víctima de un desastre a las diferentes áreas de servicios psicológicos; recomienda además como facilitar información acerca de las ayudas adicionales a los damnificados de una situación de emergencia y desastre. (Brensón y Sarmiento, 1999)

Por su parte, Navarro y Reñazco elaboraron en el año 2001 un manual para intervención psicológica con niños víctimas de desastres. Este manual es una guía dirigida a psicólogos o estudiantes de psicología que intervienen, o están interesados en aprender un poco más acerca de la intervención con infantes en situaciones de desastres, debido a que se contemplan tanto elementos teóricos como directrices para abordar situaciones específicas y dinámicas pertinentes para el trabajo con los menores. Esta información se encuentra distribuida en tres apartados: en el primero se desarrollan consideraciones teóricas, en el segundo se plantean directrices para tratar algunos puntos específicos durante la intervención

y en el tercero se presentan actividades sugeridas para trabajar con los niños. También se presentan algunos protocolos utilizados por la Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis para trabajar este tema (el abrazo de la mariposa, protocolo básico, el del dibujo libre, etc.) y se añade un instrumento de registro de síntomas para facilitar la clasificación del estado emocional y necesidades respectivas de la población con que se trabaja en el momento de la intervención.

El manual de intervenciones en salud mental para la atención de personas víctimas desastres es una guía para el personal de apoyo en desastres del istmo centroamericano (voluntarios, socorristas, psicólogos, trabajadores sociales, profesores, médicos, enfermeras, etc.), que tiene como fin dotar a este grupo de habilidades que le permitan conocer las características del evento estresor, las reacciones fisiológicas, psicológicas y conductuales de las víctimas y las técnicas para aliviar el sufrimiento. Estos objetivos se alcanzan a través de la explicación del concepto de desastre, de las diferentes reacciones de las víctimas, entre las que se contempla el estrés, las crisis, el trauma y el duelo, y de las exposiciones de los primeros auxilios que se les han de suministrar a los damnificados, entre otros abordajes (tales como el triage, la intervención en crisis, la intervención grupal y el outreach), e incluye apartados específicos en el que se tratan las diferentes intervenciones de salud mental con niños víctimas de desastres y con el personal de rescate. (Reyes, 2001)

En el año 2005, Rodríguez, escribió el manual titulado: Reconstruyendo nuestras vidas después del desastres, tiene como objetivo proporcionar elementos de apoyo a la reconstrucción emocional y social, de la población en situaciones de emergencias y desastres, de tal manera que hagan uso de sus fortalezas y recursos individuales y colectivos para que así mismo puedan emprender mas efectivamente las acciones de reconstrucción.

Entre algunos de los temas que comprenden esta información, se incluyen los relacionados con los desastres naturales y las consecuencias de los mismos, describe las reacciones emocionales tanto de los adultos como de los niños ante los mismos y presenta una guía acerca de cómo brindar apoyo emocional en situaciones de emergencias y/o desastres.

El material del manual, prevención y mitigación de desastres, publicado por el ministerio de salud y desarrollo social en conjunto con la Unicef de Venezuela y el ministerio de educación y deportes, tiene como fin proporcionar a los docentes de preescolar y básica primaria conocimientos básicos y orientaciones metodológicas en el tema de la prevención, mitigación y preparación ante emergencia y de desastres para, así mismo, asegurar un sano desarrollo de la infancia en situaciones de emergencia y la formación de una cultura preventiva entre la misma. Está constituido en su primera parte, por conceptos principales acerca de los diferentes desastres, las acciones básicas a llevar a cabo en los mismos. El aparte titulado gestión de riesgo esta referido a las estrategias, acciones y programas encaminados a promover el desarrollo y fortalecimiento de la prevención, preparación y alerta ante eventos como las emergencias y los desastres. (Pineda, N. 2005)

Otro manual que se ha publicado para situaciones de emergencias y/o desastres es el denominado: Salud Mental En Situaciones De Desastres Y Emergencias, el cual es una guía en la que se suministra orientación sobre los preparativos que se han de tener en cuenta en dichas situaciones. La información que constituye su contenido, tiene como finalidad ofrecer la mejor respuesta de cómo sortear el impacto de los desastres y emergencias en la salud mental de la población, además de estar dirigida a la atención psicosocial abarcando temas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo de sustancias adictivas.

Su objetivo es servir de guía práctica de planificación para actuar en el periodo agudo o crítico de la emergencia. Está dirigida especialmente al personal profesional y técnico que tiene relación con el trabajo de salud mental como por ejemplo la Cruz Roja, Organizaciones no gubernamentales y otras instituciones de la sociedad que actúan en el campo de lo psicosocial en situaciones de desastres y emergencias.

Su contenido incluye temas como el de las reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en adultos, los trastornos psíquicos más frecuentes, los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil, intervención en crisis

entre otras. (Organización Panamericana de la salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002)

De otra parte, la OMS y la OPS (2006) en su libro Guía práctica en salud mental en situaciones de desastres, expone los lineamientos generales para la atención psicosocial a la infancia y adolescencia en situaciones de emergencias y desastres, el cual incluye las diez premisas básicas a seguir en estas situaciones: iniciar con inmediatez las actividades de apoyo, disponer de información sobre niños y adolescentes de la comunidad, proteger a los niños, hablar sobre lo ocurrido, disponer de tiempo y paciencia, proveer seguridad y confianza, restablecer la cotidianidad a la mayor brevedad posible, respetar las diferencias, no separar a los niños de sus padres y permitir la expresión de sentimientos, pensamientos y recuerdos, las acciones que deben emprender los padres y maestros para brindar el apoyo emocional y cómo debe realizarse la intervención grupal con los niños y adolescentes. Además, en esta guía se proponen los signos de alarmas a tener en cuenta para remitir al niño y ser atendido por un profesional de la salud mental, las recomendaciones para realizar tal remisión y la forma en cómo se deben brindar los primeros auxilios emocionales a esta población.

La Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (2002) también hizo público un folleto sobre primeros auxilios emocionales para atender la población infante – juvenil, en el que se describen los síntomas característicos de cada grupo de edad en las situaciones de emergencias y/o desastres (de 1 a 7 años, de 8 a 11 años, de 12 a 18 años y de 18 años en adelante), los primeros auxilios para esos síntomas y, finalmente, se exponen las reacciones comunes a todos los grupos de edad y los primeros auxilios psicológicos para éstos.

Habiendo finalizado con la exposición de las diferentes estrategias utilizadas para brindar los primeros auxilios psicológicos a la población infante – juvenil, se expondrán a continuación las diferentes investigaciones que sustentan uno de los objetivos del presente trabajo, aclarando que en la revisión de la literatura fueron pocas las que se encontraron relacionadas con la temática del proyecto.

Por un lado, existen investigaciones que confirman que los eventos catastróficos dejan como secuelas una variedad de trastornos mentales. Entre estos

estudios se encuentra la investigación realizada por Barahona, Delatibodier, Padgett, Reyes & Reyes (2000) en Honduras, con el fin de determinar la prevalencia de los trastornos mentales en los damnificados por el huracán Mitch que se encontraban en los albergues en diferentes períodos de tiempo y en los cuerpos de rescate. El método utilizado para la recolección de datos se hizo a través del SRQ (Self Report Questionary) de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y una entrevista semiestructurada elaborada con base en los criterios diagnósticos de la Clasificación internacional de Enfermedades (C.I.E.-10), durante los 3,6 y 12 meses posteriores al huracán.

Los resultados del estudio demuestran que a los tres meses de ocurrido el huracán, existía una prevalencia de un 35% de trastornos mentales. A los seis meses, la prevalencia fue del 29% y al año fue de 26%. El trastorno por estrés postraumático (TEP) fue el más frecuente entre los damnificados, mientras que el abuso de sustancias fue el trastorno de mayor ocurrencia dentro de los cuerpos de rescates. Estos resultados permitieron que los investigadores concluyeran que aunque la prevalencia de los trastornos mentales fue alta, los trastornos una evolución natural decreciente en cuenta a su prevalencia y que el TEP fue la excepción, puesto que su prevalencia no disminuyó, lo que se podría explicar por la persistencia de estresares que condicionan el trastorno.

Llegando a este punto, es importante mencionar que en el presente trabajo se pretende prevenir, de forma indirecta, los trastornos mentales que son consecuencias de las situaciones de emergencias y/o desastres, en la medida que los niños, niñas y jóvenes pongan en práctica las estrategias contenidas en el manual.

De otra parte en un estudio realizado por la UNICEF en el año 2000, se demuestra que los niños hacen parte de la población más vulnerable en las situaciones de emergencias y/o desastres y que existe incidencia para la ocurrencia de desastres tanto tecnológicos como naturales.

En este estudio utilizó la metodología cualitativa de acción participante con el fin de detectar las vulnerabilidades y las capacidades del estado de Palestina para la preparación de los desastres. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron 429 sujetos (entre hombres y mujeres) en veintidós

grupos focales de la comunidad que representaban ciudades, aldeas y campos refugiados. Para asegurarse de que en el estudio se consultara a todas las categorías de edad, los talleres de arte fueron facilitados para 113 niños con edades que oscilaban entre 6 años a 14 años. En estos talleres, se invitó a los niños que registraran sus ideas de peligros previstos, sus efectos y el estado de preparación del desastre para resolverlos.

Para apoyar la información cualitativa, se utilizaron entrevistas semiestructuradas y se recolectó una lista de comprobación cuantitativa, basada en una escala Likert, que hacía referencia a los peligros previstos por la comunidad. También se realizaron dos talleres de información-acopio.

Los resultados obtenidos demostraron que el conflicto político, la contaminación ambiental y la escasez de agua fueron percibidas como los desastres más significativos que afectan a Palestina y que los terremotos se consideran una amenaza potencial significativa. También se definió que los grupos más vulnerables de los desastres son las mujeres, los niños y las personas mayores y lisiadas.

El estudio también indicó que la comunidad Palestina tiene capacidades técnicas y humanas para asistir al desarrollo de un plan nacional del desastre resolver los peligros con una adecuada preparación y que existe una necesidad de integrar a comunidad local para identificar necesidades.

En cuanto a la eficacia de los métodos de intervención utilizados para prestar los primeros auxilios psicológicos, también se han encontrado estudios que han puesto a prueba las técnicas utilizadas. Tal es el caso de investigadores como Alcalá, Artigas, Jarero, López y Mauer realizaron un estudio de casos en Piedras Negras (Mexico) en el año 2003, donde pusieron a prueba el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR con 44 niños (22 niños y 22 niñas), cuyas edades oscilaban entre 8 y 15 años y quienes habían perdido sus hogares y algunos de ellos, a sus seres queridos. Se hicieron mediciones antes del tratamiento con la Escala de Reacción del Niño ante Eventos Traumáticos (CRTES por su sigla en inglés) (Jones, 1997) y una Escala modificada de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS) por su sigla en inglés. Cuatro semanas después, el 12 de Junio de 2004, el grupo de investigadores volvió a Piedras Negras para hacer un seguimiento de los

mismos 44 niños utilizando CRTES. Como conclusión, este estudio sugiere que la intervención temprana luego de un desastre puede producir reducciones significativas en la perturbación de los niños, tal como lo muestran las mediciones hechas con CRTES. El promedio CRTES antes del tratamiento era de 32.77, lo que indica un alto nivel de perturbación. Cuatro semanas después la medición con CRTES daba un resultado de 8.27, lo que indica una baja perturbación. (Alcalá, Artigas, Jarero, López & Mauer, citados en EMDR, México, 2003)

Con la descripción de la anterior investigación se concluye la revisión empírica. En el capítulo siguiente se aborda la metodología del presente proyecto.

CAPÍTULO TERCERO

Metodología

El presente proyecto es de carácter monográfico, resultado de la realización del Minor en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Tecnológica de Bolívar, donde se especificó (en el Minor) que el producto final que avala la realización del mismo es un trabajo científico de este tipo.

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una exhaustiva revisión literaria tanto en fuentes primarias como secundarias, entre las que se encontraron libros, revistas psicológicas actualizadas, bases de datos y artículos científicos, con el fin de encontrar la existencia de posibles vacíos en la rama de la Psicología de Emergencias y Desastres, tema que se escogió porque se desea contribuir con conocimientos en una rama científica reciente y en vía de desarrollo en el mundo y en Colombia.

Durante esta revisión se encontró que existen pocas fuentes con información sobre auto administración de primeros auxilios psicológicos en una situación de emergencia y desastre, tanto para adultos como para niños y jóvenes. Por esta razón el presente proyecto se enfocó en tratar la temática de los primeros auxilios psicológicos en la población infanto-juvenil.

Después de escoger el tema se continuó con la búsqueda de literatura con respecto a éste, puesto que una monografía es un trabajo científico producto de la investigación exploratoria bibliográfica (Centro de educación permanente SAC, 2007). Esta revisión se inició a mediados del mes de julio y finalizó en el mes de octubre. Para su realización, también fue necesario acudir a entidades públicas que intervienen en situaciones de emergencias y/o desastres (Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y Oficina de Prevención y desastres de la Alcaldía Mayor de Cartagena), quienes no suministraron información a pesar de haberles enviado una carta formal de la Universidad en la que se les solicitaba su colaboración. Se aclara que al único organismo que no se le envió carta fue al de la oficina de Prevención y Desastres de la alcaldía Mayor de Cartagena.

En esta revisión fue fácil el acceso a la información teórica sobre el tema tratado, pero fue complejo el acceso a la información empírica, debido a que existen pocos datos e investigaciones relacionados con el campo como tal.

Posteriormente se analizó y se redactó la información obtenida de las diferentes fuentes, logrando como resultado un documento coherente y lógico, el cual fue ordenado a discreción de las autoras.

Finalmente se procedió a elaborar el Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para la población infanto-juvenil de la ciudad de Cartagena de Indias, basado en el modelo de Primeros Auxilios de Slaikou y en el que se detallan técnicas como la relajación, la imaginación, el dibujo libre y la narrativa, autoinstrucciones, entre otras, y aplicadas a través de actividades dirigidas a promover la expresión abierta de reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas, de dicha población, propias de la vivencia de una emergencia o desastre. Dichas técnicas ayudarán a la población a ser capaz de auto administrarse, para lograr afrontar las situaciones de emergencias y desastres de forma adecuada.

Para la elaboración del manual, se tuvo en cuenta algunas de las reacciones que manifiestan los niños en las situaciones de emergencias y desastres, las cuales se dividieron en cuatro grupos de reacciones (duelo, reacciones fisiológico-emocionales, reacciones conductuales y reacciones cognitivas), caracterizadas en los personajes de Luchito, Danielita, Carito y Pipe.

Para hacer comprender a los niños sus reacciones en situaciones de emergencia y/o desastre, se hace uso de la narración de una historia de cuatro amiguitos. La forma cómo ha de afrontarse, se explica a través de actividades lúdico-prácticas de fácil aprendizaje y aplicabilidad. La selección de dichas actividades se basó en un enfoque ecléctico, puesto que el modelo de los primeros auxilios psicológicos no posee un enfoque específico.

Finalmente, se realizó un bosquejo del manual en formato Word Perfect 2007 del manual, cuyo contenido se acompaña de animaciones (ver anexo 1). Para certificar la validez y confiabilidad del mismo, se llevará a cabo una muestra piloto en un estudio posterior.

CAPÍTULO CUARTO

Resultados

El resultado del presente proyecto, como bien lo indica su nombre, es un manual de primeros auxilios psicológicos para la población infanto- juvenil de la ciudad de Cartagena de Indias (Ver anexo 1), se espera sea utilizado como estrategia de prevención e intervención en situaciones de emergencias y/o desastres.

Específicamente, este manual va dirigido a niños y jóvenes con edades que oscilan entre los 6 y los 14 años, permite una fácil comprensión de las actividades, debido a que el lenguaje es el utilizado por la población en este rango de edad. Más sin embargo, un adulto puede administrarlo de forma oral, narrándolo como una historieta a niños menores de 4 años o que aún no han iniciado el proceso de la lecto- escritura.

El manual de primeros auxilios psicológicos es una guía que tiene como objetivos brindar información específica sobre técnicas y estrategias de primeros auxilios psicológicos para manejo de las reacciones en situaciones de emergencias y/o desastres, a la población infanto-juvenil y, al mismo tiempo, prevenir la aparición de patologías derivadas de la inadecuada elaboración de las reacciones psicológicas en dichos eventos. Además, también tiene como objetivos facilitar la expresión de las emociones, restablecer el enfrentamiento inmediato, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema. Está compuesto por 3 capítulos, además, contiene instrucciones específicas para padres y/o maestros que deseen utilizarlo. Éste, también, posee dos componentes: uno teórico, en el que se explican conceptos relacionados, y otro práctico, en el que los niños realizan tareas y ejercicios pertinentes con el tema tratado en cada sección.

En el primer capítulo de esta guía se narra la historia de 4 amiguitos llamados Luchito, Pipe, Carito y Danielita, quienes vivenciaron un terrible aguacero e inundación en la ciudad de Cartagena, en el que perdieron sus pertenencias y, uno de ellos a su mascota; se exponen los conceptos de desastre y emergencias. En el segundo capítulo, cada personaje, caracterizado con una

reacción (es) en particular, expone los sucesos vividos en el momento de la tormenta y le sugiere al lector realizar los ejercicios y las actividades pertinentes que ellos pusieron en práctica en el momento del desastre.

La reacción de duelo es caracterizada por Luchito, quien explica paso a paso las etapas de este proceso y la forma de afrontarlo, a través de la narración de los sentimientos que surgieron a raíz de la pérdida de su mascota. Por su parte, con la historia de Danielita y Carito se hace referencia a las reacciones fisiológicas y emocionales que se pueden manifestar en estas situaciones, tales como el miedo y la ansiedad. Carito, hace alusión a las alteraciones comportamentales que surgen en este tipo de situaciones, tales como las conductas violentas y agresivas. Por último, Pipe expone las alteraciones cognitivas que se manifiestan en dichos eventos, tales como la atribución de culpabilidad de la ocurrencia del evento.

Cabe resaltar, que como no se puede caracterizar a cada personaje con todas las reacciones que hacen parte del grupo en el que se encuentra clasificado cada uno (duelo, reacciones fisiológico – emocionales, reacciones comportamentales y reacciones cognitivas), dentro del manual se ofrecen apartes con tips donde se amplía la información suministrada.

Por último, en el tercer capítulo se describe una guía donde los niños aprendan a suministrar los primeros auxilios psicológicos a otros niños.

La información anteriormente descrita, se encuentra esquematizada en la siguiente ficha:

Ficha Técnica

Nombre: Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para la población Infante – Juvenil de la ciudad de Cartagena de Indias en situaciones de Emergencias y/o desastres.

Autoras: Carmen Elena Marín y Bleidys Polo García

Dirigido a: niños y jóvenes con edades que oscilan entre los 6 y los 14 años

Objetivo:

Brindar información específica sobre técnicas y estrategias de primeros auxilios psicológicos para manejo de las reacciones en situaciones de emergencias y/o desastres, a la población infanto-juvenil y, al mismo tiempo, prevenir la aparición de patologías derivadas de la inadecuada elaboración de las reacciones psicológicas en dichos eventos.

Facilitar la expresión de las emociones

Restablecer el enfrentamiento inmediato, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema

Estructura General: El manual de primeros auxilios psicológicos para la población Infanto – Juvenil de la ciudad de Cartagena de Indias en situaciones de Emergencias y/o desastres, es una guía ilustrada e interactiva compuesta por tres capítulos en los que se exponen tanto aspectos teóricos acerca de la situación y de las reacciones experimentadas en eventos catastróficos, como técnicas de fácil comprensión, recuerdo y elaboración que los niños pueden asimilar y acomodar rápidamente, para manejar dichas situaciones, acompañadas de actividades que pueden realizar para facilitar el proceso de aprendizaje de los temas contenidos en el manual.

Esta guía contiene la narración de la historia de 4 amiguitos: Luchito, Pipe, Carito y Danielita, quienes dejan ver las reacciones que experimentan los niños en situaciones de emergencias y/o desastres (duelo, reacciones fisiológico-emocionales, reacciones conductuales y reacciones cognitivas) e inducen al lector a la realización de interesantes ejercicios y/o actividades. Además, contiene instrucciones para ser utilizadas por padres y maestros.

Discusión y Conclusiones

Después de haber realizado la revisión literaria y de haber finalizado con la ejecución del presente proyecto, el cual consistía en diseñar un manual de primeros auxilios psicológicos para la población Infanto – Juvenil de la ciudad de Cartagena de Indias en situaciones de emergencias y/o desastres, se pueden concluir los siguientes aspectos.

En cuanto a la revisión teórica, es importante resaltar que, al parecer de las autoras, no existe una diferencia significativa entre las reacciones que experimentan los adultos y las de los niños en situaciones de emergencias y desastres, pues ambas poblaciones experimentan reacciones de ansiedad, crisis, duelo, sintomatología depresiva, alteraciones en la conducta y en la cognición, y además, pueden desarrollar las mismas patologías si no reciben la atención adecuada tales manifestaciones.

Es importante tener en cuenta que, aunque si bien, los niños experimentan las mismas reacciones que los adultos, éstas presentan variabilidad en su expresión, es decir, un niño va a manifestar las alteraciones en la conducta a través de las regresiones en ésta, lo que no se evidencia entre las reacciones que expresan los adultos. Sin embargo, es importante aclarar que las conductas como la agresión, alteraciones del sueño, la ansiedad, temores, entre otras, son similares para ambos grupos de edad.

No existe una gran diferencia entre las reacciones de unos y otros, porque se considera que los niños no poseen una vulnerabilidad innata a nivel psicológico en situaciones de emergencia y desastre, debido a que su proceso continuo y constante de crecimiento les permite afrontar cambios a nivel físico, psicológico y social, lo que los predispone a estar preparados cuando cualquier evento altera su estado de homeostasis; más bien, su vulnerabilidad psicológica es aprendida socialmente cuando imitan las reacciones que los adultos significativos y no significativos para él, manifiestan en situaciones de emergencia y/o desastre.

Es por esta razón que se cree importante y necesario, que tanto niños como adultos, aprendan a manejar sus reacciones en situaciones catastróficas, lo que

puede hacerse a través de la creación de estrategias que faciliten dicho aprendizaje.

En la revisión empírica no se evidencia la existencia de documentos escritos que sirvan de guía para brindar primeros auxilios psicológicos a la población infanto- juvenil en la ciudad de Cartagena y que estuviese dirigida, específicamente, a dicha población, razón que motivó la elaboración de un manual que tuviese esas características.

Ante lo anteriormente expresado, es motivo de preocupación la no evidencia de la existencia de estrategias que promuevan la prevención e intervención en salud mental en la ciudad de Cartagena de Indias, y más específicamente para la población infanto – juvenil. Además, también es preocupante conocer que hasta hace poco las autoridades gubernamentales, hayan notado la necesidad de crear políticas públicas orientadas a la salud integral de la comunidad, conociendo el grado de vulnerabilidad que posee la ciudad, dados los altos riesgos de ocurrencia de eventos catastróficos.

Sin embargo, es un aliciente conocer que estas autoridades están dirigiendo sus esfuerzos para crear políticas que favorezcan a la comunidad en el área de la salud mental, como se constata en el acuerdo número 049 del Concejo Distrital de Cartagena de Indias, del año 2006.

Es así, entonces, como cabe decir, que es fundamental aunar esfuerzos tanto de instituciones políticas como administrativas y educativas para contribuir con aportes a que implementen y complementen dichas políticas. Además de la creación de diálogos interdisciplinarios y académicos en los que se promueva la discusión de la institución de investigaciones y programas que impulsen el desarrollo del área de la salud mental en Cartagena. Así como también, es importante desarrollar tales actividades para la promoción de la psicología de la emergencia y los desastres en esta ciudad, debido a que es un campo emergente y poco explorado.

Teniendo en cuenta lo anterior, a través de este proyecto se desea aportar al desarrollo de ese campo emergente la creación del manual de primeros auxilios

psicológicos para la población infanto- juvenil de la ciudad de Cartagena de Indias, en situaciones de emergencias y desastres.

El manual, ha sido diseñado con el fin de ser utilizado como guía de atención psicológica tanto a la población infantil como adolescente, en situaciones de emergencia/desastre, que promueva el aprendizaje de estrategias de autocontrol y afrontamiento de dichas situaciones y la prevención de patologías crónicas (depresión, trastorno por estrés postraumático y duelos patológicos, entre otros trastornos) que se originan a partir de las mismas.

Se espera que este recurso pueda ser utilizado por las diferentes instituciones educativas, para así mismo promover la cultura de prevención entre la población infantil y, además, que pueda ser aplicado por las entidades que operan en situaciones de emergencias y desastres como estrategia de prevención e intervención.

Esta herramienta, es una alternativa más que permitirá la realización de actividades orientadas a promover la prevención e intervención en situaciones de emergencias y desastres, diferentes a las que se realizan al interior de las instituciones que hoy operan en dichas situaciones (Cruz Roja, Defensa Civil, entre otras)

Por último, también se espera que este instrumento sea validado en un futuro, con el fin de utilizarlo como herramienta científica, cuyos resultados y uso puedan ser generalizados.

CAPÍTULO QUINTO

Referencias

Ahern, F; Cohen, R. (1990) *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres (Pan American Health Organization (PAHO) / Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, en [www.
http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/ops28s/ops28s.1.htm](http://www.cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/ops28s/ops28s.1.htm)

Alcalá, N; Artigas, L.; Jarero, I.; López Cano, T. & Mauer, M. (1998). *Protocolos de trabajo* en <http://www.amamecrisis.com.mx/qsf.htm>. [On line] [02-12-2002]

Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM) (2001) *Manual de intervención en crisis en situaciones de desastre* en http://www.crid.or.cr/crid/CD_Volcanes/pdf/spa/doc14068/doc14068.htm. [On line] [2001]

Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis (2002) <http://www.amamecrisis.com.mx/ac3.htm>. [On line] [02-12-2002]

Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis (2002). *Folleto de Primeros Auxilios Psicoemocionales: Intervención Psicológica Temprana* en <http://www.amamecrisis.com.mx/ac3.htm>. [On line] [02-12-2002]

Barahona, A.; Delatáibodier, R.; Padgett, D.; Reyes, A.; Reyes, E. (2000). *Prevalence of Mental Disorders in Victims of Hurricane Mitch Re-located to Shelters and in Rescue Workers* *Revista de Medicina de Postgrado de la Universidad Autónoma de Honduras vol. 5 N° 3 Septiembre – Diciembre, 2000* en www.bvs.hn/RMP/pdf/2000/pdf/vol5-3-200-3.pdf. [On line] [2000]

Brensón, G. y Sarmiento, M. (1999.) *Una Guía para Facilitadores de Apoyo en Crisis y Desastres* en unite-ch.org/COCAM-Pochomil_oct2002/Documento/Crisis2.pdf [On line] [2002]

Brensón, G. y Sarmiento, M. (2006) *Y ahora... ¿Cómo hago?* México: Amauta Internacional

Cano, J; Ruiz, J (2007). *Manual de Psicoterapia cognitiva*. <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual11.htm> [On line] [1997]

Cardona, O; García, X; Mancilla, G; Marulanda, M; Ramírez, F; Wilches-Chaux, G. (2004) *Estudio sobre desastres ocurridos en Colombia: Estimación de pérdidas y cuantificación de costos en* http://www.desenredando.org/public/varios/2007/varios_omar/ERNDesastres_Colombia_LaRed.pdf [On line] [2007]

Casas, G. (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de emergencias y desastres (Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud en* <http://www.helid.desastres.net> [On line] [2007]

Centro de Educación Permanente. Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). (2007) *¿Qué es y cómo se elabora una monografía?* en <http://www.sac.org.ar/cep/monografia.pdf> [On line] [2007]

Concejalía de gobierno de seguridad y servicio a la comunidad: Dirección gerencia de salud pública y drogodependencias (2004). *Guía para ayudar a las víctimas del 11-M*. Dirección de Servicios de Salud Pública. Dirección Gerencia de Salud Pública y Drogodependencias. Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad. Ayuntamiento de Madrid: Madrid

Concejo Distrital de Cartagena de Indias. Acuerdo 049. Diciembre 26 del 2006

Cruz Roja Americana (2006). *Apoyo psicosocial en emergencias: Guía del facilitador* en www.cruzroja.org/salud/redcamp/docs/SaludEmer/ApoyoPE-Guia.doc [On line] [2006]

Cuadernos de Crisis, Número 4, Volumen 1 (2005) *Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid*

El Colombiano (2004) Diego González. *El desastre invernal ahogó hasta las fiestas de Cartagena* en www.elcolombiano.com. Año 93. N° 31.306. ISSN 0122-0802. [On line] [2007]

El Universal (2007). Alahona, J. *Cartagena en apuros por aguacero* en http://www.eluniversal.com.co/noticias/20070917/ctg_loc_cartagena_en_apuros_por_aguacero.html [On line] [2006]

EMDR, México (2003) Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR: Intervención post-catástrofe para niños y adultos en http://www.emdrmexico.org/mostrar.php?id=protocolo_grupal [On line] [2007]

Estrategia Internacional para la reducción de desastres: las Américas (2004). en <http://www.eird.org/index-esp.html> . [On line] [31/03/04]

Federal Emergency Management Agency: Oficina de salud mental del estado de Nueva York (2001) en <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/crisis/defining.htm> [On line] [10/9/2001]

García, M.; Gil, J.; Valero, M. (2007) *Los niños y sus reacciones a desastres Observatorio psicosocial de recursos en situaciones de desastre: Oficina de Cooperación al Desenvolupament i Solidaritat Universitat Jaume I* en http://aulavirtual.uji.es/file.php/2406/ninos_y_desastres.pdf. [On line] [Marzo, 2007]

García, J. (2003). *Primeros Auxilios Psicológicos*. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art59001. [On line] [2003]

Jarero, I (1999). *Compendio de guías básicas*. En www.amauta-international.com/AyudaMental.html Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis, A.C. Mexican Association for Crisis Therapy [On line] [2004]

Lazarus, Folkman (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca S.A.

Losada, P. (2004) Función y perfil profesional del Psicólogo como recurso Humano en catástrofes.

Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). (2002). España: MASSON, S.A.

Manrique, M. (2004). Las amenazas sobre la infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en <http://www.unicef.org/colombia/newsletter/diciembre-04/pop-news-diciembre03.htm> [On line]. [2007].

Medina, J.; Pérez-Iñigo, J. (2000) *Epidemiología de los trastornos psiquiátricos asociados a las catástrofes*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 9-CO-A: [35 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/comunica/9_co_a.htm

Medina, J.; Robles, J. (2003) Intervención psicológica en las catástrofes. Madrid: Síntesis

Ministerio del interior y de justicia (2002) en <http://www.dgpad.gov.co/entidad/protosico.doc> [On line] [4/06/07/]

Ministerio del poder popular para relaciones interior y justicia de Venezuela

http://www.mij.gov.ve/proteccion_civil_desastre.htm [On line] [3 de Mayo de 2007]

Molina, M. (2007). *Módulo de evaluación e Intervención en Psicología de la Salud. Enfoque Biopsicosocial*. Minor en Evaluación e Intervención en Psicología clínica y de la Salud. Universidad Tecnológica de Bolívar: Colombia

Navarro, C. y Reñazco, S. (2001). *Manual para Intervención Psicológica con Niños víctimas de desastres* en URC Módulo de Psicología y atención de desastres www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc15325/doc15325.htm - 4k [On line, 2001]

Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de La salud (OPS). (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres*

y emergencias. *Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1. Organización Panamericana de la Salud*. En www.ops-oms.org/Spanish/DD/PED/SaludMental01.pdf

Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de La salud (OPS). (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* en helid.desastres.net/ [On line] [1998]: Casas, G.

Pineda, N. (2005). Manual de prevención y Mitigación de desastres en www.unicef.org/venezuela/spanish/PREVENCIÓNDESASTRES.pdf [On line] [2007]

Revista de Coyuntura Social (2005). *Indicadores Sociales en Cartagena: Primer semestre de 2004*. Volumen 8 en http://www.banrep.gov.co/documentos/publicaciones/pdf/car_2_104.pdf. [On line] [2005]

Reyes, J. (2001). *Manual de intervenciones en salud mental para la Atención de personas víctimas de desastres* en www.crid.or.cr/crid/CD_Volcanes/pdf/spa/doc14718/doc14718-contenido.pdf [On line] [2001]

Rodríguez, I (2005). *Reconstruyendo nuestras vidas después del desastre*. En www.unicef.org/venezuela/spanish/DESPUES_DEL_DESASTRE_FINAL [On line] [2007]

Shimabukuro, Jorge. (2002) “*Propuesta de Intervención Psicológica en Emergencias y Desastres Experiencias en el Asentamiento Humano “Jardín Rosa de Santa María”* en <http://www.ipsicoc.com/ppubdet.php?pubid=50&cpuid=15>. [On line] [2005]

UNICEF (2000) *A participatory action research study of the vulnerabilities and capacities of the Palestinian Society in disasters preparedness* en http://www.unicef.org/evaldatabase/files/OCT_00-801.pdf. [On line] [Octubre, 2000]

UNICEF (2007). *Protección especial para niños y niñas* en <http://www.unicef.org/colombia/> [On line] [2006]

Valero, S (2001) *El manejo psicológico del duelo en situaciones de emergencia y desastres Internacional Critical Incident Stress Foundation*, en <http://desastres.unanleon.edu.ni/pdf/2004/marzo/pdf/spa/doc10508/doc10508-portada.pdf> [On line] [2004]

Villagrán, J (2001). *La naturaleza de los riegos: Un enfoque conceptual. Serie: Aportes para el desarrollo sostenible, CIMDEN, Guatemala* en http://www.crid.or.cr/crid/CD_GERIMU06/pdf/spa/doc14516/doc14516-3.pdf. [On line] [2001]

Worden, W. (1997). El tratamiento del duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia. España: Ediciones Paidòs Ibérica, S.A.

Yahuachi, L. (2007) *Conocimiento y Actitudes sobre los desastres Naturales en el Distrito Florencia De Mora – Trujillo – Perú- 2004"* en <http://www.monografias.com/trabajos42/conocimiento-desastres/conocimiento-desastres.shtml> [On line] (2007]

Zubenko, W. (2002). *Children y disasters* [http://site.ebrary.com/lib/bibliocutb/Doc?id=10085435&ppg=137.](http://site.ebrary.com/lib/bibliocutb/Doc?id=10085435&ppg=137) Oxford University Press: E.E.U.U.

ANEXOS

Anexo 2.

Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación.

Esta escala ha sido empleada con éxito en nuestros trabajos con niños sobrevivientes a desastres naturales en México, Centro y Sudamérica. Colocamos las figuras de los animalitos y los números correspondientes, en una cartulina y se los mostramos a los niños. Esperamos que a ustedes les sea de utilidad.

Huevo

Egg

Hormiga

Ant

Mariposa

Butterfly

Pollo

Chicken

Conejo

Rabbit

Perro

Dog

Toro

Bull

Caballo

Horse

Jirafa

Jiraffe

Elefante

Elephant

0

Ballena

Whale

Fuente: Asociación Mexicana para la ayuda mental en crisis, 2002

Anexo 1.



Luchito, Pipe, Carito y Danielita en Apuros

Carmen Elena Marín

Bleidys Polo García



Universidad Tecnológica de Bolívar

Trabajo de grado como resultado del Minor en Psicología Clínica y de la Salud

Hola amiguitos...!

Somos Luchito, Pipe, Carito y Danielita y queremos

contarles una historia que les ayudará a prepararse para cuando se encuentren en una situación de emergencia y desastre.

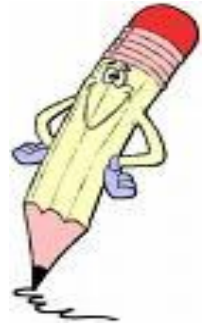
Vivimos en Cartagena y hace pocos días estuvimos en apuros a causa de un **igrande, grande aguacero!** en el que perdimos nuestros juguetes, ropas y nuestras casas se llenaron de mucha, pero mucha agua. AHH! También les contamos que Luchito perdió a su perrito tuchi - tuchi.

Pero gracias a que en el colegio nos enseñaron cómo actuar en estas situaciones, pudimos aliviar nuestro dolor porque hicimos lo que la seño nos enseñó. Son unos jueguitos divertidos y muy fáciles, que con gusto les vamos a enseñar, para que también los utilicen.

Esperamos que les guste muchísimo esta historia y que puedan aprender de nuestros consejos.



Datos Personales



Este manual pertenece a:

Tengo _____ años

Vivo

en:

El nombre de mi papi es:

El nombre de mi mami es:

Tengo _____ hermanos que se llaman:

Instrucciones para Padres y Educadores

Estimados padres y educadores:

Este manual es una guía donde los niños encontrarán información que les permita aprender cómo manejar sus emociones, pensamientos y sentimientos en una situación de emergencia y/o desastre. Su contenido consta de dos componentes: uno teórico, donde se explican conceptos, y otro práctico, que incluye juegos y ejercicios de fácil aprendizaje.

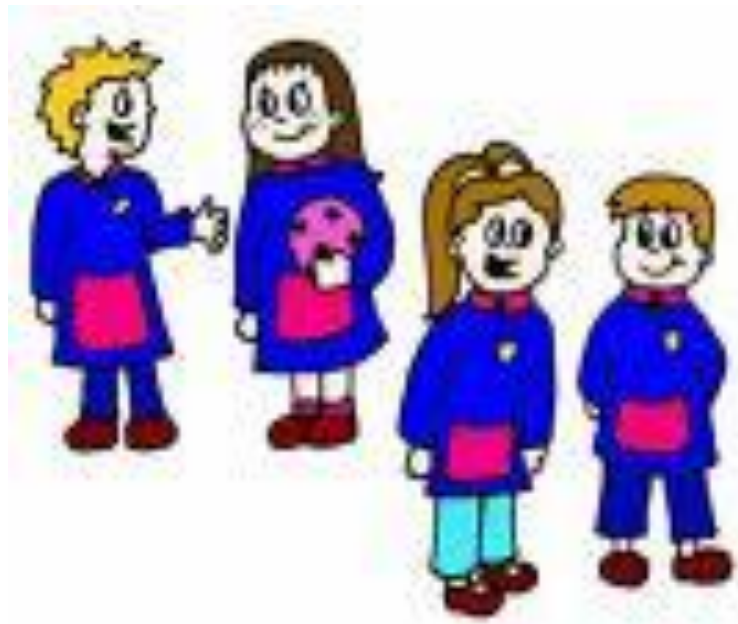


Va dirigido a niños con edades entre los 6 y los 14 años. Sin embargo, para su uso con niños menores de 6 años o que no han iniciado el proceso de la lecto-escritura, se recomienda explicarlo de forma verbal, asegurándose de que es entendido por éstos.

Por otro lado, también se sugiere que padres y maestros acompañen a los niños en el recorrido de este manual, ideándose estrategias metodológicas que les faciliten la comprensión del mismo.

Contenido

1. Luchito, Pipe, Carito y Danielita en Apuros
2. Luchito cuenta...
3. La historia de Danielita y de Carito
4. Lo que le ocurrió a Pipe
5. ¿Cómo ayudar a otros amiguitos que se sienten mal en estas situaciones?



Luchito, Pipe, Carito y Danielita en Apuros!

Como ocurre todos los días, un hermoso sol despierta a Cartagena y el mar, en silencio, acompaña ese despertar, luciendo un vestido azul verdoso.

Luchito, Pipe, Carito y Danielita corren presurosos porque ha llegado la hora de ir a la escuela, van alegres tarareando, brincando y gritando, mientras en las esquinas de su barrio se escuchan los acordes de la música popular.



En la escuela los esperan los profesores, dispuestos a iniciar un nuevo día de clase en el que les enseñarán cómo manejar las situaciones de emergencias y desastres..

Los cuatro amiguitos disfrutaban ese día como cualquier otro y, al terminar la jornada escolar, se apresuran a llegar a sus casas para descansar e ir a jugar con sus amiguitos del



barrio a las muñecas y al bate, sin imaginar que esa tarde iba a ocurrir algo inesperado.

De repente, el cielo se oscurece y, al mismo tiempo, se ilumina con un

fuerte relámpago y un estruendoso trueno. Los cuatro amiguitos corren asustados para sus casas, buscando un refugio donde protegerse de las grandes y frías gotas que comenzaron a caer.

Varias horas después, y ya entrada la noche, los vientos soplaban furiosos, levantando todo lo que encontraban a su paso, y la lluvia era incesante.



De repente se escuchó un gran alboroto, todos empezaron a correr porque se dieron cuenta de que no podían impedir que el agua entrara en cantidades alarmantes a las viviendas, ni podían detener los techos.

Luchito, Carito, Danielita y Pipe, también tuvieron que correr en medio de la oscuridad buscando un lugar seguro, no tuvieron tiempo ni para coger una sombrilla y un plástico para protegerse. Luchito tuvo que correr porque el techo de su casa se cayó, se sintió muy mal porque no pudo ayudar a su perrito tuchi tuchi, quien se lastimó una patita y no pudo correr tan rápido como Luchito. Cuando amainó la tormenta, Luchito no pudo encontrar a su mascota.

Por otro lado Danielita y Carito, quienes eran vecinitas, sintieron mucho miedo cuando el agua comenzó a cubrirles los pies, comenzaron a llorar y a gritar pidiendo ayuda, pero no fueron escuchadas. Carito, en su angustia, comenzó a golpear todo lo que había a su alrededor y... ¡como si fuera poco!, el pobre Pipe, al salir corriendo, tropezó y cayó al suelo, se mojó y hasta tomó agua. Al tropezarse se soltó de la mano de su mamá y en ese momento sintió que nunca más iba a volver a verla. A pesar del miedo que sentía, se detuvo y se refugió en un rincón de la calle, como se sentía seguro allí, empezó a poner en práctica los ejercicios que la señora le había enseñado para que los usara en casos de emergencias y/o desastres como por ejemplo respirar pausadamente. Minutos más tarde llegó un grupo de socorristas, lo llevaron

Y... ¿Qué será un desastre?

Responde Luchito:

“ Un desastre es algo que ocurre de pronto, sin que nosotros tengamos la culpa y las personas no pueden evitarlo, es una situación que nos causa mucho dolor y hasta podemos perder nuestras pertenencias y nuestros seres queridos. Los desastres se clasifican en Naturales y/o causados por el hombre.

Entre los desastres naturales se encuentran las inundaciones, terremotos, deslizamientos, tornados, huracanes, tormentas, emisiones volcánicas, entre otros. Mientras que los causados por el hombre son los incendios, el terrorismo, las guerras, los accidentes de carreteras e industriales, roturas de presa, contaminaciones químicas y explosiones “



Responde Carito:

“Una emergencia es algo que ocurre de forma repentina, que no es tan grave como el desastre, pero necesita que se atienda rápidamente. Cuando sucede, los mayores pueden arreglar las cosas que se dañan o llevar a las personas a un hospital.

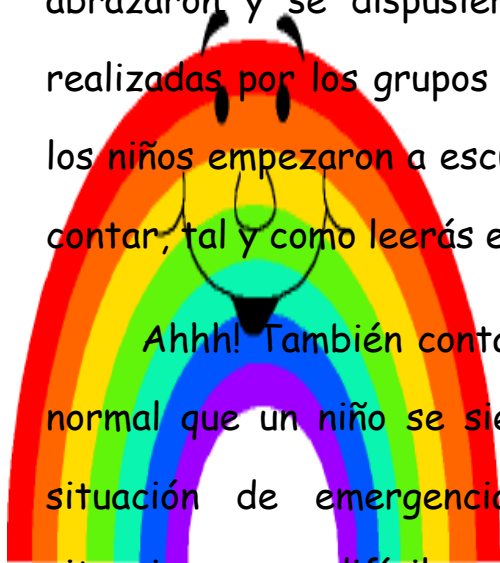
Las emergencias y los desastres pueden comenzar de pronto, pero los desastres usualmente resultan en un impacto mas grande para la comunidad.”

Ahhh! ¿Qué será una emergencia?



A la mañana siguiente, cuando la lluvia cesó, Luchito, Pipe, Carito y Danielita se sorprendieron al ver que todos estaban en el mismo lugar y habían sobrevivido a la catástrofe. Se abrazaron y se dispusieron a participar en las actividades realizadas por los grupos de apoyo en el refugio. Una vez allí, los niños empezaron a escuchar la historia que cada uno quería contar, tal y como leerás en las siguientes páginas.

Ahhh! También contaron que es importante saber que es normal que un niño se sienta como ellos se sintieron en una situación de emergencias y desastres, pues éstas son situaciones muy difíciles a las que no estamos acostumbrados.



Los amiguitos contaron cuáles fueron las reacciones y pensamientos que tuvieron la noche anterior y dijeron que era importante conocerlas o identificarlas para poder manejarlas y sobrellevar la situación que vivieron.

Por ejemplo, Danielita contó que sintió muchísimo miedo cuando sintió que el agua le cubría los pies y que todo estaba oscuro y llovía y llovía.

Miedo: es un sentimiento de inquietud y angustia causados por un peligro real o imaginario. Tenemos miedo cuando nuestro corazón palpita más fuerte, nos sudan las manos, se siente como un nudo en la garganta que no nos deja hablar. Lloramos y temblamos.

Carito dijo que sintió mucha rabia porque nadie las quiso ayudar.

Rabia: tenemos rabia cuando estamos enfadados, lo que nos hace gritar, o patear, ser groseros, tirar y golpear las cosas, llorar, entre otros..

Luchito y Pipe, por su parte, contaron que se sentían muy tristes.

Tristeza: estamos tristes cuando sentimos dolor y nos sentimos vacíos porque hemos perdido algo. Cuando estamos tristes lloramos mucho, no queremos comer, ni jugar y nuestro rostro se ve triste.

Como ya sabes identificar cuáles son las diferentes emociones que un niño puede sentir, después de haber vivido una emergencia o desastre, puedes realizar el siguiente ejercicio.

Une la carita con la emoción que tú creas que la representa, utilizando para ello una línea, así como se muestra en el ejemplo:



Ira



Miedo




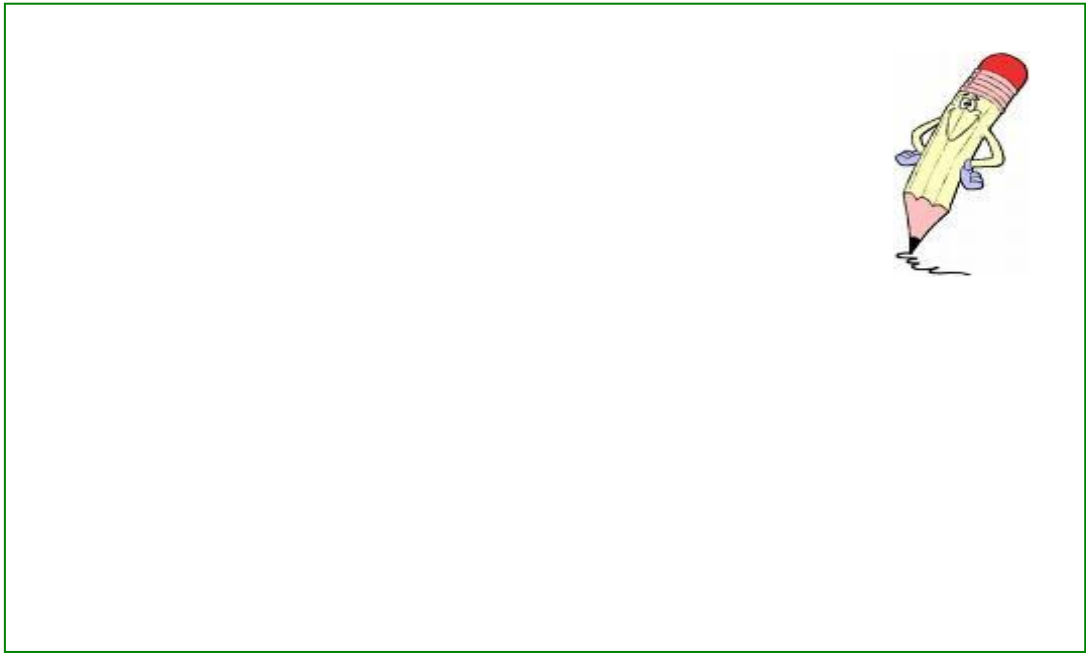
Alegría



Tristeza

Ahora, dibuja una carita que muestre cómo te sientes en estos momentos y escríbele una carta a un amiguito donde le cuentes cómo te estas sintiendo y qué fue lo que pasó en ese momento.

Realiza el dibujo aquí:



Escribe la carta aquí:



Ahora, en el siguiente ejercicio vas a escribir frente a cada emoción, la situación o situaciones en las que te hayas



sentido de esa forma, los pensamientos que hayan pasado por tu cabecita y lo que hiciste en ese momento.

Recuerda: Las *situaciones* son los momentos en los que te has sentido alegre, triste, con rabia o con miedo. Por ejemplo: Pipe se siente alegre cada vez que esta en clase de guitarra.

En este ejemplo la situación en la que Pipe se siente alegre es cuando está en clase de guitarra

Los *pensamientos* son esas ideas que pasan por tu cabecita cuando te sientes alegre, triste, con rabia o miedo, por ejemplo: Cada vez que Pipe está en clase de guitarra piensa: "me gusta tocar la guitarra".

El pensamiento de Pipe cuando está en clase de música es "me gusta tocar la guitarra"

Y lo que **haces** en esos momentos son las actividades que realizas. Por ejemplo: Pipe le presta atención a su profesor cada vez que se siente alegre y piensa que toca muy bien la guitarra. La actividad en este caso sería prestar atención al profesor

Ahora inténtalo tú, siguiendo el ejemplo de Pipe:

Emoción

Situación

Lo que piensas

Lo que haces



Quando está en clase de
de guitarra

me gusta tocar la
la guitarra

Prestar atención al
Profesor

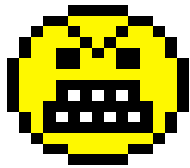


Emoción

Situación

Lo que piensas

Lo que haces





Ya que has aprendido a identificar las emociones y pensamientos que has tenido en cada situación, podemos pasar a leer la historia de nuestro amigo Luchito.

Luchito cuenta...



"Me siento muy triste por la desaparición de mí perrito Tuchi tuchi. Cuando me di cuenta de que no me seguía, quise devolverme a buscarlo, pero me acordé que mí maestro nos había enseñado que cuando ocurren los desastres, los niños no deben poner en peligro sus vidas y deben buscar un lugar seguro. Yo sabía que si me devolvía, algo terrible me podía pasar, pues todo estaba muy oscuro y había mucha agua por todas partes, decidí, entonces, continuar caminando hacia la iglesia, que es el lugar donde todos mis vecinos se estaban refugiando.

Una vez allí y fuera de peligro, me sentí muy mal por la desaparición de tuchi tuchi, llore mucho porque no tenía noticias de él y pensaba a cada momento sobre cómo y dónde estaría, tenía la esperanza de que otro niño lo hubiese encontrado y le hubiera curado la patita."

Luego de un rato, contó Luchito que sentía rabia por no haber ayudado a su perrito y que

Aprendiendo un poco más

Lo que Luchito sentía en el momento que perdió a Tuchi Tuchi es una reacción normal que se llama Duelo

empezó a sentirse culpable, también cuenta Luchito que pensó que ya nada sería igual sin tuchi tuchi, que ya no podía ir al parque a ver jugar al bate acompañado de su perrito, que no

Aprendiendo un poco más...

Cuando una persona pierde algo, es normal que tenga las siguientes reacciones:

1. Que niegue lo sucedido
2. Sienta culpa, dolor, ira y llore mucho
3. Le haga falta eso que perdió y piense mucho en ello.
4. Sienta que no puede seguir su vida sin lo que perdió
5. Pero, luego que ha pasado cierto tiempo, las personas aceptan que lo que no pueden recuperar lo que perdieron y continúan su vida de una forma normal.

podía dormir sin la compañía de éste y sentía cansancio en sus ojos de tanto llorar.

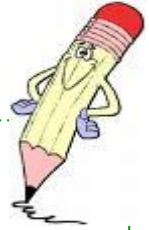
Pero cuando estaba llorando el papá y la mamá se acercaron y le dijeron que era normal que se sintiera triste por la desaparición de su perrito, y que podía llorar cuanto quisiera, pero que también era importante que comprendiera que en la vida de las personas se presentan ocasiones en las que se sienten muy tristes y le preguntaron qué quería hacer de ahora en adelante. Luchito respondió que le gustaría comprar otra mascota

Finalmente, Luchito se sintió mucho mejor y aceptó que tuchi tuchi no iba a volver, por lo cual decidió tener en su mente y en su

corazón los recuerdos alegres y tristes que vivió a su lado.



Así como Luchito, todos alguna vez hemos perdido algo. Recuerda esas cosas que hayas perdido y dibújalas en el siguiente espacio y escribe cómo te sentiste cuando las perdiste. Cuando hayas terminado, Luchito te enseñará lo que hizo para aceptar la pérdida de Tuchi tuchi.



A large rectangular area enclosed by a dashed green border, intended for drawing and writing. Inside the area, there are four horizontal solid black lines for writing.

Luego de dibujar a su perrito tuchi- tuchi, Luchito recortó el dibujo e hizo un huequito en la arena y lo enterró, como una forma de aceptar que tuchi tuchi no volvería. Haz tú lo mismo con las cosas que dibujaste.

Colorea la imagen



Despuès de este acto simbòlico, Luchito pensò en que tenia que buscar una soluciòn para no seguir sintiendose mal, por lo que decidiò decirle a sus papàs que le compraran otra mascota.

Enumera a continuaciòn las actividades que realizarias para ayudarte a aceptar que has perdido algo.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Escoje la actividad que creas que te ayudaria màs y ponla en pràctica dentro de 2 (dos) dìa. Para esto, debes firmar la siguiente acta.

Yo _____, me comprometo a
_____ dentro de dos dìa.

Firma

Si continuas sintiendote mal, acercate a alguno de los grupos que estan ayudando y cuentalos lo que te està pasando.

La Historia de Danielita y de Carito

Danielita y Carito cuentan: "Sentimos mucho miedo!!! Cuando vimos que el agua se entrò a la casa y nos cubriò los pies, pensamos que de un momento a otro nos ibamos a ahogar". Danielita cuenta: "Comence llorar y a temblar, el corazòn se me querìa salir, sentì que sudaba frio y me dio un fuerte dolor de estòmago.



Entonces escuchè en la casa de al lado un gran alboroto y corrì a buscar a Carito para ver qué pasaba!! Cuando lleguè, me di cuenta de que Carito estaba caminando de un lado a otro golpeando y tirando las cosas y, ademàs, gritaba mucho. Al ver a mi amiguita asì, inmediatamente la tomè de la mano y corrimos hacia la iglesia..

Aprendiendo un poco más

Otras reacciones que pueden tener los niños son: Dolor de cabeza, sensación de ahogo, náuseas, mareo. Inestabilidad, sensación de desmayo, desrealización, entre otras.

Carito

Cuando llegamos a la Iglesia le preguntè si seguìa sintiendo rabia y Carito me respondiò con un sì, entonces yo le contè que yo sentìa mucho miedo por el apuro que estabamos pasando. Fue entonces cuando se acordò de un ejercicio que el profesor

le habìa enseñado para que pusiera en pràctica cada vez que sintiera mucha rabia o miedo y me pidió que lo realizáramos juntas. Mas adelante te lo enseñaremos.

Despuès de realizar ese ejercicio Carito y yo nos sentimos bien, nos tranquilizamos y nos pusimos a hablar de otras cosas.

Yo sé que a ti tambièn algunas cosas te producen miedo y otras que te producen mucha, pero mucha rabia. ¿Te gustarìa dibujar cuàles son esas cosas?"

Cosas que te hacen sentir miedo	
Cosas que te hacen sentir rabia	

Despuès de habernos mostrado cuàles son las cosas que te hacen sentir miedo y las cosas que te hacen sentir rabia, Carito y yo queremos que realices junto con nosotras el ejercicio que nos enseñò el profesor. Para ello debes sentarte con la espalda recta y cerrar los ojos.

Comienza a respirar tres veces llenando tu barriguita y tu pechito y saca el aire por tu nariz muuuuy lentamente.

Una ... Respira

Dos... Respira

Tres ...Respira

Ahora, imagina que eres una tortuguita que tiene una caparazòn que la protege de cualquier daño. Piensa que esa caparazòn no se rompe.



Saca tu cabecita de la caparazòn para respirar el aire de color azul hasta llevarlo a tus pulmones. Cuando lo respiras, te sientes muy tranquila.

Intentalo nuevamente a la cuenta de tres

Uno ... dos ... tres

Saca el aire por tu boquita lentamente. Coloca tu mano frente a la boca para que sientas la suavidad con la que sale éste.

Sin abrir los ojos, vas a imaginarte que ahora respiras un aire de color verde y que lo llevas hacia tu barriguita a la cuenta de tres y que èsta se infla como un globito.

Uno... dos... tres

Intentalo nuevamente

Uno... dos... tres

Saca el aire por tu boquita lentamente



Ahora, sin abrir tus ojos, vuelve a imaginar que estas respirando aire, pero esta vez, el aire es de color rosado. Este aire debes respirarlo a la cuenta de uno y llevarlo hasta tu barriguita y luego, a la cuenta de dos lo vas a botar por tu boquita.

Hagamoslo de nuevo a la cuenta de dos.

Uno... Respira el aire rosado

Dos... Bota por tu boquita el aire rosado



En estos momentos te sientes muy tranquilo y sin abrir los ojos, vas a imaginar que observas el brillante sol de la mañana. Quedate mirandolo fijamente mientras cuentas en tu cabecita hasta cinco.

Uno...dos...tres...cuatro...cinco.

Antes de abrir tus ojitos, imagina que regresas al refugio donde estan tus amiguitos.

Uno... dos... y tres.

Abre los ojos.

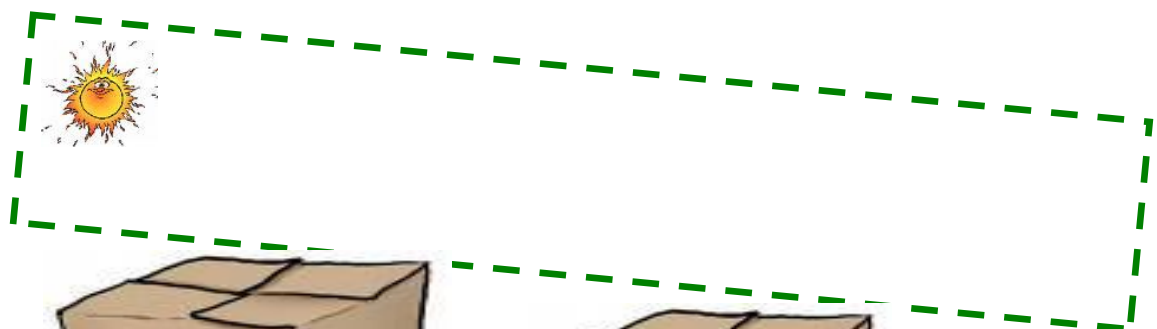
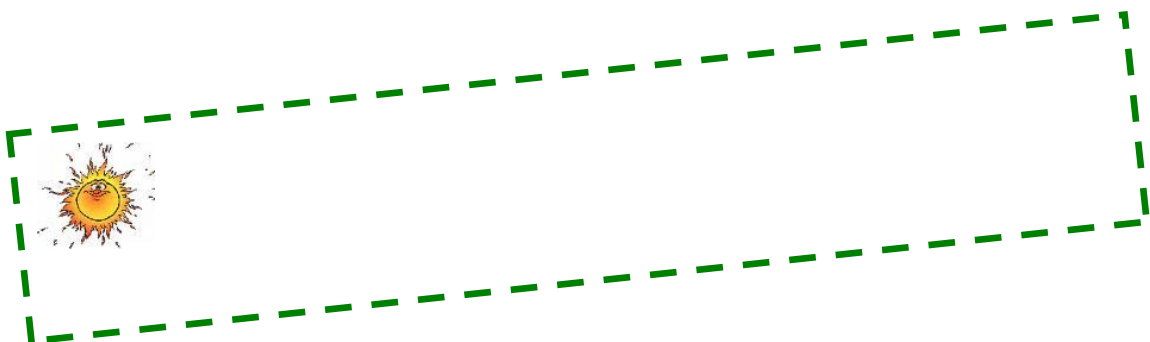
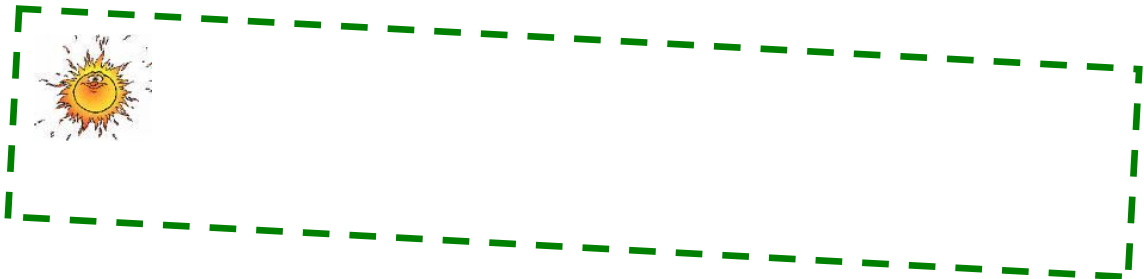
Cuentanos cómo te sentiste realizando el ejercicio, colocando una "X" en el espacio que está delante de cada palabra:

Muy Bien	
Regular	
Todavía me siento muy triste	

Explícanos tu respuesta:

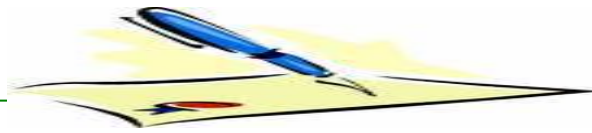
Ahora, así como nosotras le encontramos una solución a nuestro miedo y a nuestra rabia, queremos que copies en estas tarjetitas las actividades que puedes realizar para no sentir estas emociones y luego, recórtalas e imagínate que la depositas en la cajita de Pandora, numero 1, que aparece abajo.

Después, de la cajita numero 2 saca cualquier tarjetita y realiza la acción que está escrita allí.



Recuerda que te has

comprometido con Carito y Danielita para realizar esta actividad, por lo que te pido que firmes la siguiente acta de compromiso.



Yo _____, me comprometo a
_____ dentro de dos días.

Firma

Ahora, ayúdanos a ordenar las siguientes letras, con el fin de encontrar la **PALABRA** perdida. Cuando la encuentres, escríbela al frente

DOMIE _____

ABARI _____

NSACRORIEPI _____

RTGOUTA _____

Si en algún momento sigues sintiendo mucha rabia o miedo, acércate a donde se encuentran los grupos que están ayudando a las personas y cuéntales lo que te está pasando

Lo que le ocurrió a Pipe

Es el turno de Pipe para contar su historia de cómo al tropezarse cayó al suelo y se soltó de la mano de su mamá.

Pipe dice: "Yo me acuerdo que entré corriendo a la casa cuando escuché el primer trueno, luego comenzó a llover muchísimo y de pronto, el agua de la calle empezó a entrar por debajo de la puerta. Me asusté mucho, pero mucha más cuando escuché que mi mamá me llamaba a gritos. Corrí hacia ella, me tomó de la mano y salimos de la casa, asegurándonos de dejarla bien cerrada, pero en la carrera que llevábamos me tropecé con una peñón que había en la carretera y me caí.

Sentí mucho miedo pues quedé en medio de la calle y



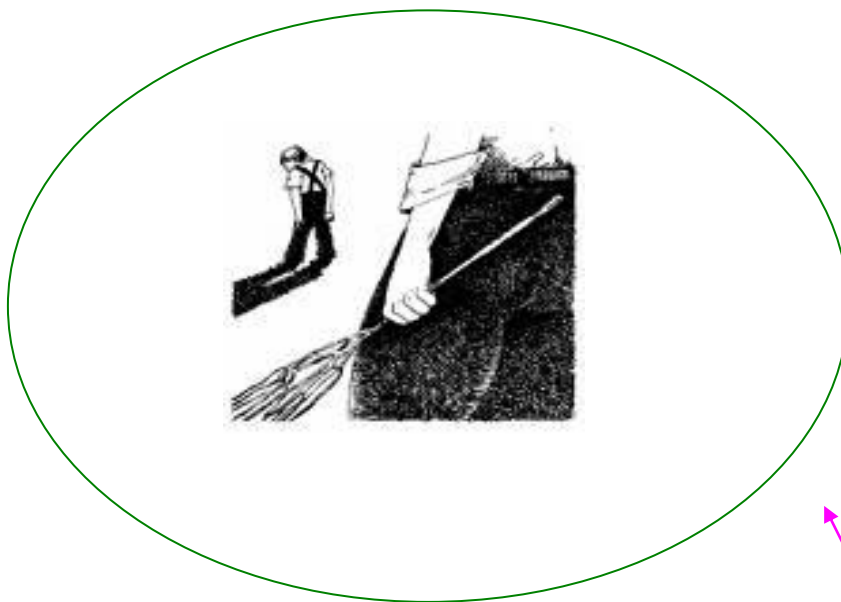
cuando me paré, ya mi mamá no estaba. Entonces me asuste más porque quedé solo y pensé que eso me había pasado porque no era un niño desobediente y por eso Diosito me estaba castigando.

Colorea a Pipe.

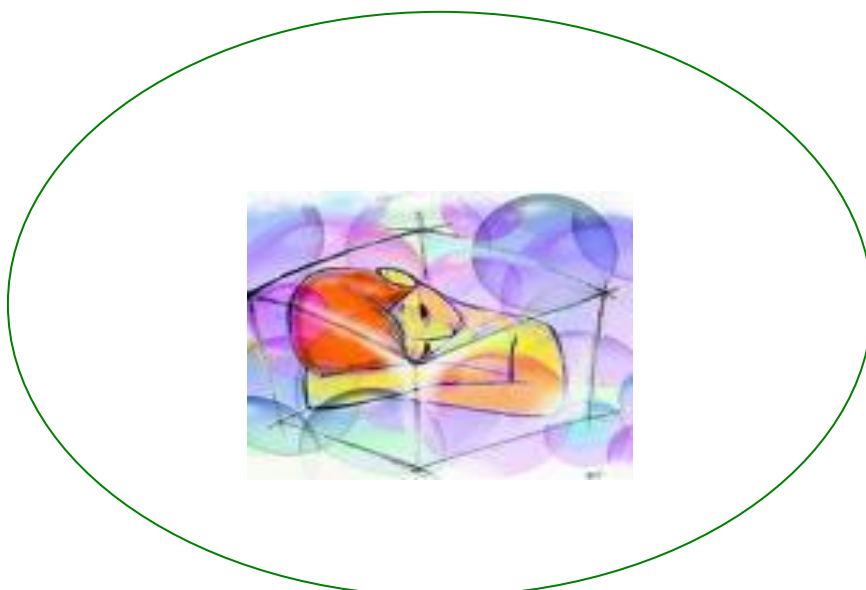
Inmediatamente corrí a buscar un lugar seguro y una vez allí, puse en

práctica un ejercicio de respiración que me enseñó el profesor hasta que llegó un grupo de socorristas y me llevaron al refugio.

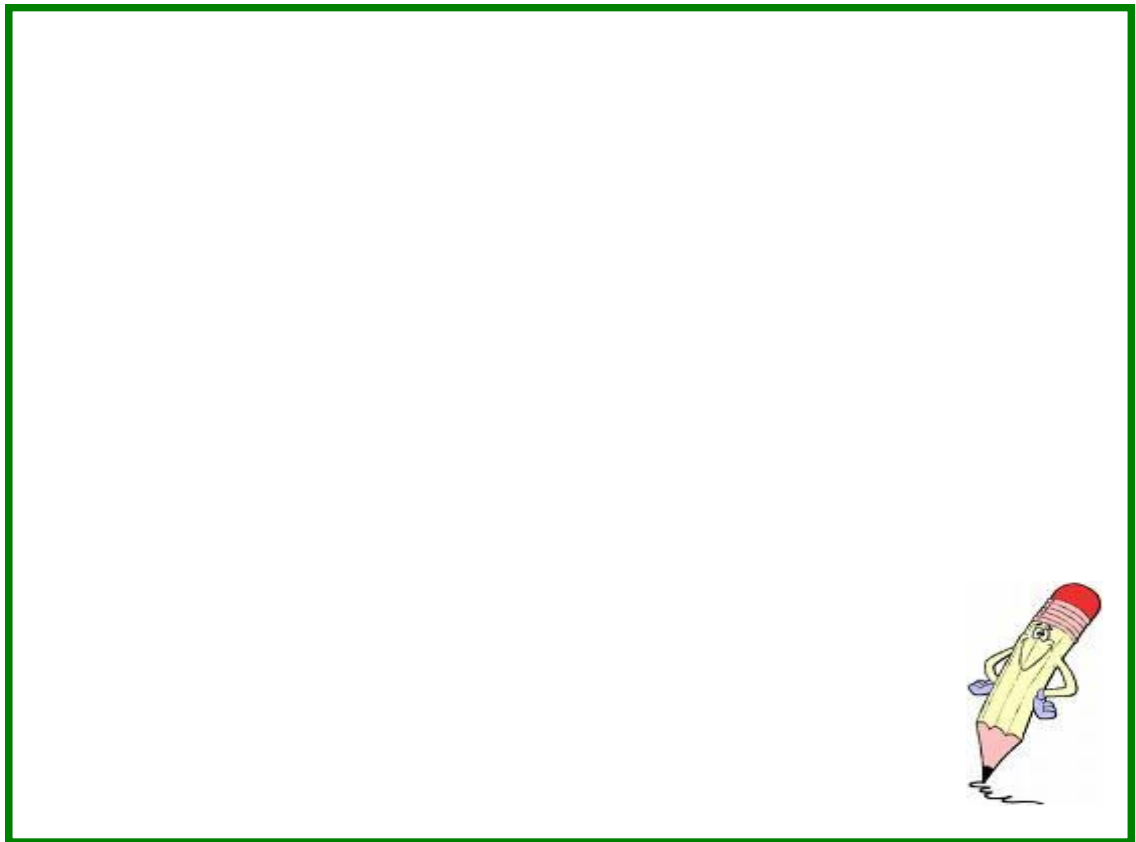
Pipe dice: Al igual que yo sé existen muchas situaciones en las que te sientes o te has sentido solo o culpable. Así que te invito a escribir alrededor de las imágenes, que observas, cinco palabras que describan lo que parece que están sintiendo.



Colorea la figura




Escribe una historia donde expliques las situaciones en las que te has sentido solo.



Pipe dice: Así como te había contado anteriormente, cuando encontré un lugar seguro comencé a realizar un ejercicio que me enseñaron en la escuela, también deseo enseñarte otro. Presta mucha atención.

Lo primero que debes hacer es recordar las situaciones en las que te has sentido culpable. Luego, escribe en la columna de al frente otra situación que puede explicar lo que ocurrió.

Situación	Otra explicación
Pipe dice: el aguacero ocurrió por mi culpa, pues el día anterior me porté muy mal.	El aguacero ocurrió porque es natural que en ocasiones llueva duro
Inténtalo tú: 	

Con este ejercicio puedes darte cuenta que las cosas no siempre son como uno piensa.

Ahora, repite en voz alta la otra explicación que le diste a la situación que escribiste a la cuenta de tres.

Uno... dos... tres...

A continuación, repite menos fuerte la otra explicación a la cuenta de tres. Uno... dos...tres...

Finalmente, repite mentalmente la otra explicación que diste a la situación a la cuenta de tres

Uno... dos... tres...

Repite el ejercicio cinco veces más.

Qué bien lo has hecho!!!!!!

Ahora, escríbele un mensaje a Pipe donde le recomiendes qué hacer cuando se sienta culpable y solo.



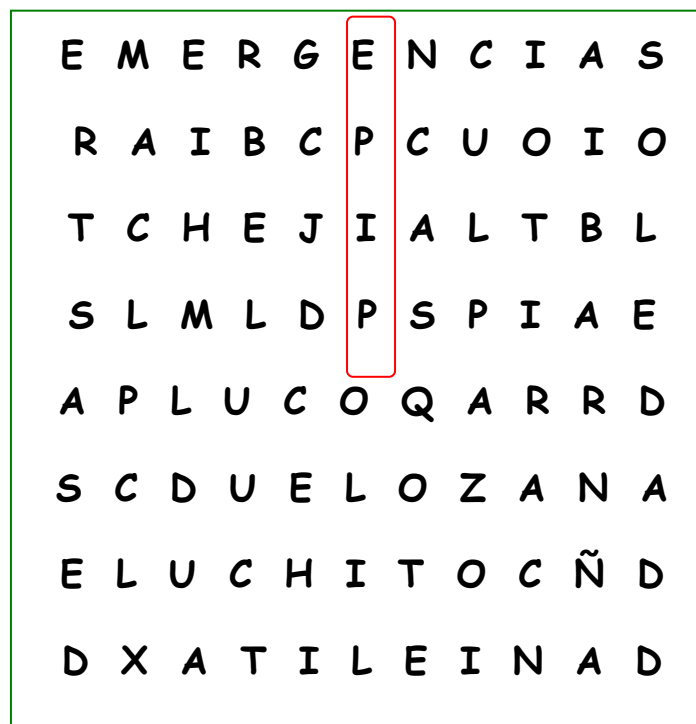
Si aún sigues sintiéndote mal, acércate a los grupos de apoyo y cuéntales lo que te pasa.

Vfff!, después de haber leído las historias de

Pipe, Danielita, Luchito y Carito, y de haber realizado todos esos ejercicios tan Bacanos, nada sería mejor que tomarse una sopita de letras, donde repases lo que has aprendido hoy.

Ya es hora!, están calientitas,

esperando que encuentres todas las palabras que puedas. Fíjate en el ejemplo.



Desastre

Miedo

Soledad

Luchito

Emergencia

Rabia

~~Pipe~~

Danielita

Duelo

Culpa

Carito

Cómo ayudar a otros amiguitos cuando se sientan mal en estas situaciones?

Si después que ha ocurrido un desastre, te sientes bien y quieres ayudar a los compañeritos que se sienten mal a que se recuperen, puedes seguir los siguientes pasos

Paso 1.

Acércate a tu amiguito y escúchalo

Tu amiguito en estos momentos se siente mal, por eso es bueno que lo acompañes, acércate con cuidado y pregúntale, que *¿Cómo se siente?*, *¿Qué fue lo que te pasó?*, *¿En qué te puedo ayudar?*

Si haces esto, tu amiguito se calmará y se sentirá confiado.



Actividad

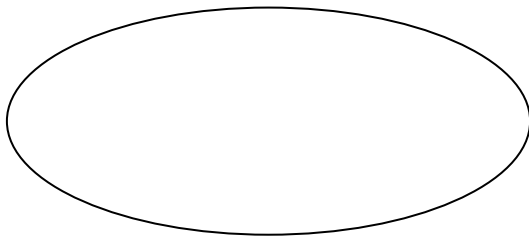
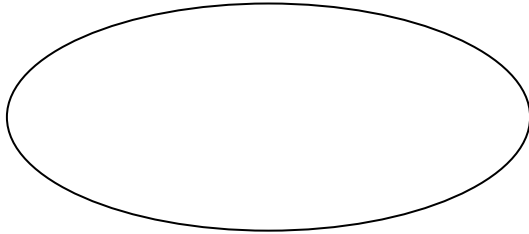
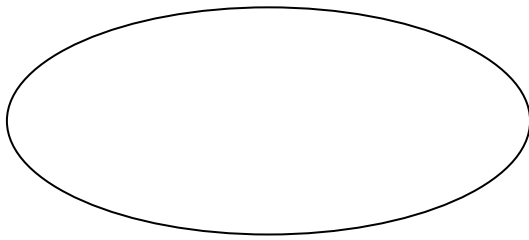
En este espacio vas a escribir detalladamente que mas podrías decir y hacer para ayudar a tu amiguito a sentirse más tranquilo.



-

Actividad

Imagina que tú eres un pintor y quieres contar la historia de tu amiguito a través de diferentes dibujos. Utiliza los óvalos.



Paso 2.

Pregúntale a tu amiguito.

Tu amiguito en estos momentos está muy triste, Pregúntale si sabe dónde están sus papas? Si tiene hambre? Si tiene frío?. Si le duele algo?

Ayúdale a recordar que fue lo que pasó y a qué hora?

Con sus respuestas podrás ayudarlo mejor.



Actividad

Con un lápiz de color traza el camino para llegar donde se encuentran las amiguitas y los familiares de tu amiguito en los dos laberintos. Sigue la flecha.

Laberinto # 1

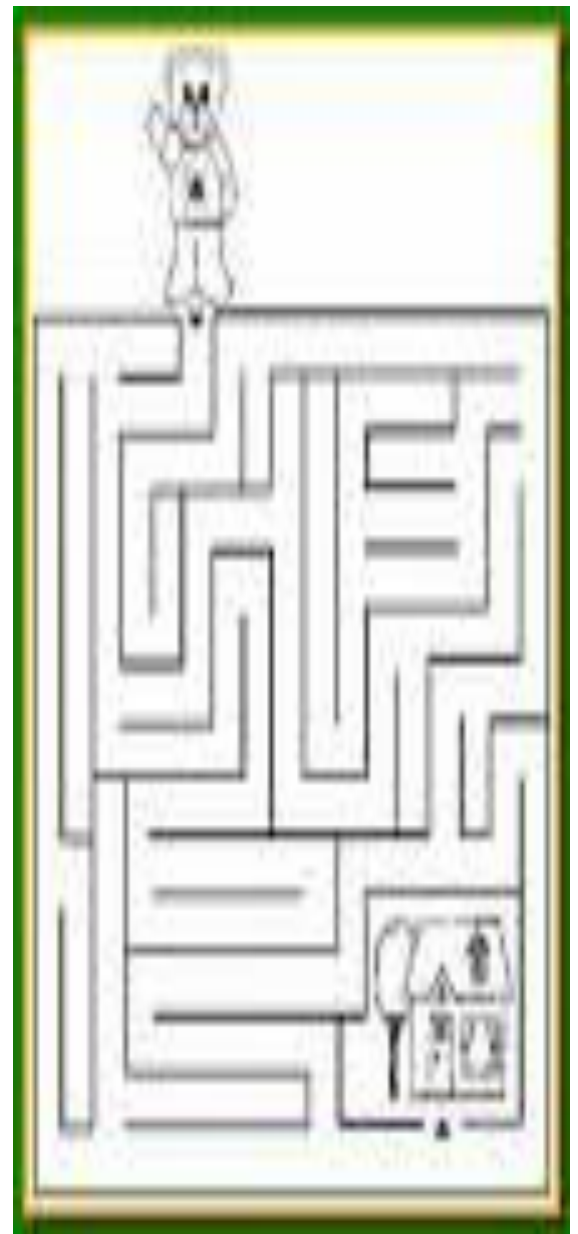


Paso 4.

Acompaña a tu amiguito.

Como tu amiguito quiere encontrar a sus amiguitos y familiares, seria bueno que le acompañaras.

Laberinto # 2



Paso 5.

Asegúrate de que tu amiguito está bien

Días después estas en tu casa y te preguntas cómo estará el niño que conociste en el refugio. Querrás saber como seguirá y si continua yendo a la escuela, por lo que decides visitarlo.



Actividad.

Llamas a tu mejor amiguita y le pides que te aconseje como hacer para llegar hasta donde vive tu amiguito, para enterarte como sigue Anota los pasos que tu sugiere, mas los que tu hayas pensado.



Actividad.

Después de visitar al amiguito que conociste en el refugio, narra cómo lo encontraste y cómo se sentía. Si lo notaste triste o alegre, entre otras cosas.
