

dinámica y su configuración, como también el rol que juegan como estrategia de supervivencia ante las situaciones de crisis.

Utiliza los conceptos relacionados a la distorsión de la comunicación social como el rumor y su efecto en los colectivos humanos, y los conceptos ligados a las actitudes, motivación y conductas colectivas.

Usa a sí mismo los conceptos ligados a la psicología organizacional relacionados al comportamiento organizacional, la comunicación, la motivación en el trabajo, el liderazgo, el trabajo en equipo, el clima laboral y el trabajo bajo presión, todo esto aplicado a los equipos de primera respuesta.

De la psicología educativa se vale de los conocimientos del desempeño cognitivo, afectivo y social de los alumnos en el aula para poder entender como estos se ven alterados posteriormente al impacto de una situación de emergencia o desastre, así como del conocimiento de las técnicas de enseñanza aprendizaje para facilitar el diseño de los contenidos orientados a la enseñanza de las medidas de protección y seguridad para prevenir y sobrevivir a situaciones de emergencias y desastres.

El psicólogo emergencista en su desempeño debe interrelacionarse con profesionales que también se han especializado en las emergencias y desastres como los médicos emergencistas, enfermeras, asistentes sociales, maestros, sociólogos, periodistas, ingenieros geólogos, volcanólogos e integrantes de los equipos de primera respuesta (militares, policías, brigadistas de la Cruz Roja, Conred y cuerpo de bomberos, entre otros), para lo cual deberá de ser capaz de comunicarse en un lenguaje común que comparten todos estos profesionales que están ligados de una u otra manera a las emergencias y desastres.

Al igual que en todas las especialidades de la psicología se requiere de un conjunto de conocimientos complementarios. Los psicólogos que se desempeñan

en el área de las emergencias y los desastres deberán tener conocimientos relacionados a la administración de desastres o gestión de riesgos, la administración de los servicios de salud en emergencias y desastres, la evaluación de daños y análisis de las necesidades posdesastres, la atención pre hospitalaria para víctimas en masa, administración albergues temporales, refugios, saneamiento ambiental, control de vectores y manejo de ayuda internacional.

Deberá también desarrollar conocimientos referenciales a la organización de la organismos nacionales, internacionales y no gubernamentales ligados a la atención de la población y las personas víctimas de situaciones de emergencias y desastres como Conred, Cruz Roja, Cuerpo de Bomberos, etc. Es también recomendable que se esté entrenado en primeros auxilios, técnicas de transporte de heridos, prevención de incendios, soporte básico de trauma, reanimación cardiopulmonar, organización de simulacros y triage que es un método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las necesidades terapéuticas y de los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

La psicología de emergencias y desastres viene utilizando estrategias de intervención psicológica adaptadas para la ayuda a las víctimas en toda su amplia gama de categorías, pudiéndose mencionar algunas de ellas:

- **Primeros Auxilios Psicológicos :**

Para poder empezar a desarrollar el tema de los Primeros Auxilios Psicológicos, tenemos que tener en cuenta que una crisis se describe como un estado temporal de confusión emocional y desorganización después de un problema fuerte, las crisis son autolimitantes.

La intervención en crisis es la entrada inmediata y temporal, pero activa dentro de la situación de otra persona o grupo, durante un período de

tensión. Esto es a manera de evaluación. “Hay que tener en cuenta que un evento de crisis es diferente a un problema o una emergencia, mientras un problema puede ser de mucho estrés y difícil de resolver, puede solucionarse con los recursos comunes para resolver problemas. Una emergencia por otro lado, es una situación de presión repentina que necesita atención inmediata”.¹⁵

Los eventos de crisis tienden a resultar en un sinnúmero de disfunciones psicológicas, pensamientos desordenados, preocupación por detalles insignificantes, agresión, distanciamiento emocional, pasividad, impulsividad, baja autoestima, dependencia y otros.

- **Fases de una crisis:**

1. Evento Precipitante: Cuando ocurre un evento precipitante inusual, no anticipado, de mucho estrés o traumático que es percibido como amenazante o abrumador.
2. Respuesta Desorganizada: Los afectados comienzan a mostrar signos de aflicción y se tornan más y más desorganizados a medida que los comportamientos, habilidades y/o recursos utilizados en el pasado fallan para resolver la crisis.
3. Fase de Explosión: Los involucrados pierden el control de sus pensamientos, sentimientos y comportamiento y pueden exhibir comportamientos muy inapropiados o destructivos.
4. Fase de Estabilización: Los individuos afectados comienzan a calmarse a medida que encuentran recursos alternos. La persona es muy vulnerable en éste momento y puede “explotar” otra vez si se siente amenazada de alguna manera.
5. Fase de Adaptación: el individuo finalmente se tranquiliza y otra vez toma control sobre sus acciones.

¹⁵ Primeros Auxilios Psicológicos, American Red Cross/USAID, Cruz Roja Americana, Delegación de Centro América, Págs. 9-13

Las personas en crisis tienden a ser receptivas, incluso a la mínima ayuda durante tales períodos de confusión. La intervención en crisis es reconocer tal crisis, reducir la estimulación, estabilizar la situación, movilizar los recursos disponibles, prevenir las reacciones dañinas y restaurar a quienes han sido afectados a su máximo funcionamiento, en el período más rápido posible.

- **Asistiendo a una persona que está en situación de crisis:**

1. Establezca contacto con la persona, introduciéndose y ofreciendo asistirle.
2. Si es posible, retire a la persona de la situación de tensión.
3. Evite que la persona se exponga a visiones, sonidos y olores.
4. Proteja a la persona de los curiosos y de los medios de comunicación.
5. Provea a la persona de comida adecuada y bebida.
6. Si en algún momento debe dejar a la persona afligida, haga que alguien más se quede con ella.
7. Pregúntele con cautela qué pasó, cómo se siente y permítale hablar sobre sus experiencias, preocupaciones y sentimientos.
8. Explore con el afectado qué significa la crisis para él ó ella y por qué cree que pasó. Evalúe sus sentimientos y sus necesidades.
9. Asegúrele a la persona que su reacción es normal y que la mayoría de personas se recuperan de las reacciones de tensión.
10. Discuta posibles soluciones a los problemas existentes y alíentelo a utilizar habilidades efectivas para tratarlos.
11. Ayude a la persona a tomar decisiones, únicamente de ser necesario.
12. Restaure a la persona para su funcionamiento independiente o asístalo con mucho cuidado.
13. Termine la intervención.

Entre las reacciones más comunes ante situaciones de crisis se encuentran:

1. Insomnio
2. Ansiedad, expresada mediante dolores de cabeza, dolor en el estómago, palpitaciones fuertes y tensión muscular.
3. Aislamiento del ambiente, sin ningún deseo de involucrarse.
4. Depresión, caracterizada por un fuerte sentimiento de insignificancia; cansancio y sentimiento de inutilidad y ninguna intención de comprometerse con nada.
5. Sentimientos de culpa y enojo; surgen pensamientos de que se pudo haber manejado la situación de diferente manera.
6. Irritabilidad ante la red social y otros.
7. Dificultad de concentración.

La base para los primeros auxilios psicológicos es llegar a un entendimiento común y tener presente que todos debemos confiar en que podemos ayudar a nuestros semejantes en tiempos de crisis. El impacto de nuestra intervención marcará una gran diferencia para la persona que está sufriendo.

Las sociedades Nacionales de la Cruz Roja forma lo que se llama “tercera red social”. A través de la interacción podemos desarrollar la red social necesaria que nos haga ser mejores seres humanos y para proporcionar éste apoyo a cabalidad, es necesario prestar un auxilio tanto moral como psicológico. El programa de Primeros Auxilios Psicológicos se basa en los principios de la intervención en crisis y en el manejo del estrés de incidentes graves. Su fin es dar a los voluntarios y socorristas el conocimiento y las habilidades para entender, reconocer y manejar mejor sus respuestas emocionales ante situaciones graves.

Los desastres tienen que visualizarse como procesos prolongados donde se necesitarán varios tipos de intervenciones en diferentes etapas del incidente. Después del daño físico que una tragedia ha pasado, quedan muchos traumas

emocionales, por esa razón no se deben tratar solamente las lesiones físicas y esperar que los síntomas emocionales desaparezcan como por arte de magia.

Las tragedias no familiares tienen más posibilidad de ser psicológicamente perturbadoras, que los problemas familiares. Las catástrofes que se nos vienen de forma repentina y no anticipadas, causan más desorden nervioso en las personas. Los desastres prolongados o que amenazan con repetirse después del impacto inicial, pueden provocar mucha tensión en la población.

Se cree que la demasiada tensión que surge como resultado de la exposición a sucesos traumáticos es causada por el trastorno de varios sistemas neuroquímicos que se relacionan entre sí en el cerebro. En nuestro cuerpo interactúan tres sistemas básicos: el sistema noradrenérgico, el sistema opioide y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Se ha descubierto que la severidad de tal excitación y sus efectos dañinos resultantes, dependen de la respuesta subjetiva del individuo hacia el estímulo al que está expuesto y de cómo valore su habilidad para lidiar con ello.

Las personas que generalmente pueden enfrentar con éxito situaciones de mucho estrés, tienen una lista variada de atributos personales que minimizan los niveles de nerviosismo a que son expuestas, saben abordar las situaciones para las cuales no tienen una solución inmediata. El bienestar psicológico de los voluntarios y socorristas puede ayudar grandemente al resultado total de tales situaciones.

Como cualquier otro programa de manejo de tensión, las estrategias básicas son evitar posibles estímulos y minimizar el estrés. Los objetivos de la Primera Ayuda Psicológica son:

1. Ayudar a las personas a encontrar respuestas después de exponerse a una situación estresante.

2. Proporcionar al individuo el conocimiento necesario para manejar mejor las reacciones de nerviosismo.
3. Promover la salud y bienestar del voluntario o socorrista.
4. Prevenir las reacciones de estrés traumático.
5. Ayudar a la recuperación de la persona después de una catástrofe
6. Restablecer el funcionamiento luego de una reacción al estrés.

- **La organización de las intervenciones de la Primera Ayuda Psicológica debemos:**

1. Suavizar las noticias de pérdidas traumática y evitar pedir muchos detalles.
2. Involucrar a todos los habitantes que se relacionan con el desastre que se ha sufrido.
3. Proporcionar la Primer Ayuda Psicológica apropiada bien coordinada y que también cubra las necesidades de los niños, adolescentes y adultos.
4. Asegurarse de que las intervenciones sean inmediatas y personalizadas.
5. Dar la oportunidad para que las personas expresen sus experiencias, pensamientos y sentimientos.
6. Facultar a los sobrevivientes para que asuman un estado de independencia, guiándolos a obtener recursos y servicios disponibles.
7. Incentivar a la formación y las actividades de las redes locales de apoyo.
8. Enfatizar en la importancia de aprender de las propias experiencias y de las de otros. Convidar al afectado a seguir adelante.
9. Solicitar retroalimentación de las personas para quienes los servicios fueron intencionados.

- **Etapas para manejar el estrés en situaciones de desastre:**

Para manejar adecuadamente las reacciones psicológicas, la clave es la preparación anticipada. Las reacciones a los desastres son influenciadas por el bienestar psicológico, así como las habilidades para superarlo que tiene el

individuo afectado, previo al desastre. La estabilidad en su hogar, en el trabajo, en su comunidad y en su lugar de habitación también son factores muy importantes que influirán para que la persona responda a los retos y traumas en cualquier problema.

- **Entre las medidas pre-incidente están:**

1. Formación del Equipo de primero auxilios psicológicos.
2. Impartir programas educativos actuales.
3. Realizar actividades regulares para aliviar el estrés.
4. Dar instrucción antes de la movilización a un incidente específico.

Apoyo en la escena se refiere a proporcionar servicios de primero auxilios psicológicos, suministrados en la escena de un incidente traumático, tales servicios de apoyo son ofrecidos a individuos directamente afectados así como a voluntarios, socorristas y no a grupos, ya que esto tiende a dar más problemas.

Las metas y técnicas de la Primera Ayuda Psicológica en la escena son similares, pero no limitadas a aquellas de la intervención en crisis. Hay tres tipos básicos de apoyo que pueden ser proveídos en la escena y son:

1. Intervenciones en crisis cortas con voluntarios y socorristas que pueden mostrar signos de perturbación.
2. Evaluación para los supervisores
3. Asistencia a víctimas, sobrevivientes y miembros de la familia que estuvieron directamente involucrados en el incidente.

Las intervenciones deben ser cortas, flexibles y enfocarse directamente en las preocupaciones inmediatas. Si una persona perturbada en la escena no muestra mejoría al final de los 15 minutos, es difícil que pueda recuperarse lo suficiente como para regresar al lugar de la tragedia.

Técnicas de afrontamiento del estrés para la prevención del síndrome de Bournut:

Se trata de un Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento. Síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “*Sobrecarga Emocional*” o *Síndrome del Burnout* (quemado.)

Ésta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

Se puede incluir:

1. Agotamiento emocional: Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización: Es el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.
3. Falta de realización personal: Tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Campos de Desarrollo de la Psicología en Emergencias:

La psicología de emergencias y desastres como especialidad abre nuevos campos ocupacionales relacionados al área de su interés de ésta manera tenemos que los psicólogos emergencistas pueden desempeñarse en:

- Los equipos de primera respuesta integrándolos como psicólogo del equipo participando en sus programas de capacitación, diseñando programas de contención psicológica en las operaciones ayudándolos en la vuelta a la rutina del trabajo y del hogar posterior a la participación en emergencias y/o desastres.
- En las emergencias hospitalarias y en sus diversas áreas como el triage, recepción, observación, cuidados intensivos, cuidados intermedios, hospitalización, aplicando las técnicas de intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos tanto a los pacientes como a los familiares de estos, así como orientándolos en la consecución de ayuda complementaria y asistencia social, finalmente trabajando con los equipos de salud en la prevención del síndrome de Bournunt.
- Como especialista en el área de la prevención de accidentes en el campo organizacional y fuerzas armadas, desarrollando programas de sensibilización y motivación destinados al cambio cognitivo comportamental con la finalidad de que se incorporen los principios de la seguridad en su trabajo diario.
- Como consultor en el sector educación en temas relacionados a la Defensa Civil en Centros Educativos, organizando la capacitación para docentes y alumnos, asesorando en la implementación de estrategias psicoeducativas para la enseñanza de la Defensa Civil, así como la atención a los niños y adolescentes víctimas de emergencias y desastres.
- Como docente especialista en las escuelas de formación de paramédicos, bomberos, voluntarios de la Cruz Roja y Brigadistas de la Defensa Civil, así como en programas diversos de capacitación de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- Como especialista consultor para la Defensa Civil, Cruz Roja, y otras organizaciones ligadas a las emergencias y desastres.

La psicología en emergencias y desastres como nueva especialidad es una consecuencia lógica de múltiples estudios y experiencias que demuestran que estos eventos no solamente causan la pérdida de vidas, atentan contra la integridad física de las personas, causan daños materiales y cuantiosas pérdidas económicas, sino que también causan un *profundo impacto emocional* en las personas, las comunidades y los equipos de primera respuesta, consecuencias que pueden durar mucho tiempo e inclusive llegan a interferir con la posterior reconstrucción de la comunidad afectada, a estas consecuencias Erikson en el 1976 las llamó Segundo desastre.

Especializarse en éste nuevo campo de la psicología es un reto y una necesidad para los psicólogos guatemaltecos especialmente si se toma en cuenta las características geológicas y geográficas de nuestro país y la historia de los grandes desastres que han sacudido nuestra patria.

Algunos de los padecimientos más comunes ha sufrir luego de una eventualidad tan grande es:

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:

Se considera que gran número de personas luego de un evento o desastre natural desarrollan TEP, por lo que a continuación se desarrolla la teoría desde sus inicios y algunas terapias:

El *trastorno por estrés postraumático* existió como categoría diagnóstica hasta su aparición en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1980.¹⁶ Antes de esto se había hablado de “*neurosis traumática*”, “*neurosis de guerra*”, “*síndrome del campo de concentración*” o “*síndrome de la mujer violada*”.

¹⁶ American Psychiatric Association. DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Masson; 1980.

El retorno de los veteranos de la guerra de Vietnam y la descripción psicopatológica de las mujeres víctimas de violación, propició la aparición del TEP como categoría independiente.¹⁷

La definición del trastorno se ha ido ampliando a medida que aparecían las revisiones del DSM. En el DSM-III, se exigía que el estresor fuera lo suficientemente grave como para generar síntomas significativos de malestar en la mayor parte de las personas y que dicho estresor se encontrara fuera de la experiencia humana normal; la revisión de ésta tercera edición añadió que el estresor debía ser experimentado con “*miedo, terror y desamparo intenso*”¹⁸. En ésta edición ya se admitía que el suceso traumático pudiera haber sido escuchado o presenciado y no sólo experimentado directamente.

En la actualidad, el DSM-IV ya no exige que el suceso se encuentre fuera de la experiencia humana normal, e incluye sucesos que no necesariamente revisten ésta característica de anormalidad y que no tienen por qué haber sido experimentados, pero que deben producir reacciones emocionales intensas¹⁹. En el DSM-IV-TR no se ha producido ninguna innovación significativa a éste respecto.

De ésta manera se da cabida a sucesos tristemente más habituales como los malos tratos, los accidentes de tráfico e incluso el ser diagnosticado de una enfermedad grave.

Criterios y consideraciones diagnósticas

En la tabla 1 aparecen de forma resumida los criterios diagnósticos del DSM-IV. Los criterios que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la

¹⁷ Calcedo A. Concepto de trastorno de estrés postraumático. En: Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP, editores. Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson; 2000. p. 1-17.

¹⁸ American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. rev. Barcelona: Masson; 1988.

¹⁹ American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1997.

décima edición de su clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) guardan bastantes similitudes. Una descripción abreviada de los mismos aparece en la tabla 2.

A1. Exposición al estresor. A2. Reacción emocional al estresor. Se requiere uno o más de los siguientes síntomas: B1. Recuerdos intrusos. B2. Sueños que producen malestar. B3. Actuar o sentir como si el suceso estuviese ocurriendo. B4. Malestar psicológico al exponerse a estímulos que recuerda el suceso. B5. Respuestas fisiológicas a la exposición de estímulos que recuerda el suceso. Se requieren tres o más de los siguientes síntomas: C1. Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el estresor. C2. Evitar actividades, lugares o personas asociados con el estresor. C3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. C4. Reducción del interés en actividades significativas. C5. Desapego de los demás. C6. Restricción de la vida afectiva. C7. Sensación de un futuro desolador. Se requieren dos o más de los siguientes síntomas: D1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño. D2. Irritabilidad. D3. Problemas de concentración. D4. Hipervigilancia. D5. Respuestas exageradas de sobresalto. E. La duración de las alteraciones se prolonga más de un mes. F. Se requiere malestar subjetivo o deterioro.
Especificar si: Agudo: los síntomas duran menos de tres meses. Crónico: los síntomas duran tres meses o más.
Especificar si: De inicio demorado: entre el suceso traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Tabla 1. Criterios abreviados para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV (4)

En los criterios temporales existen diferencias notables. Para la OMS, la consideración temporal ha de aplicarse al tiempo de latencia en la aparición de los síntomas, que se fija en un plazo de seis meses después de ocurrido el suceso estresante. Aunque el inicio demorado del trastorno se contempla explícitamente en el DSM-IV, la consideración temporal se aplica a la duración de los síntomas, que deben estar presentes más de un mes.

La probabilidad de comorbilidad con otros trastornos es una característica del DSM-IV frente a la CIE-10, que muestra una clara preferencia por la asignación de un diagnóstico simple en el proceso de clasificación.

Epidemiológicamente, es muy habitual que algunas de las personas que son expuestas a sucesos traumáticos puedan desarrollar varios de los síntomas típicos del TEP sin llegar a presentar los suficientes como para que pueda hacerse el diagnóstico completo.

Este hecho ha provocado que algunos autores consideren la posibilidad de asignar un diagnóstico de TEP parcial.²⁰

La idea del TEP parcial expresa el reconocimiento de un conjunto de personas que sufren un deterioro en su funcionamiento socio-personal, debido a cierta sintomatología postraumática que requeriría ayuda psicológica.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS:

Los tratamientos más ampliamente utilizados y validados actualmente son los que comparten una orientación **cognitivo-conductual**.

Estas teorías se basan en los principios del condicionamiento clásico y operante, como la teoría bifactorial del aprendizaje de Mowrer, que postula que el

²⁰ Báguena MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema* 2001; 13: 479-92.

miedo se adquiere durante el trauma a través de un proceso de condicionamiento clásico, para posteriormente mantenerse debido a la evitación de los estímulos que provocan el miedo.

Los diversos acercamientos cognitivos exploran aspectos tales como las creencias sociales, los sistemas de procesamiento de la información y las estrategias de afrontamiento relacionadas con el trauma.

TERAPIAS BASADAS EN LA EXPOSICIÓN:

Según Báguena las revisiones realizadas hasta el momento concluyen que las terapias basadas en la exposición son las más eficaces para reducir la sintomatología de los pacientes con TEP.

Se asume que la efectividad de éstas técnicas se debe a que la exposición continua *rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada*, lo que promueve la extinción de las respuestas inadaptadas y la habituación a los estímulos ansiógenos.

Otras formulaciones más recientes apelan a conceptos relacionados con el procesamiento de la información.

Concretamente, Jaycox y Foa sugieren que la exposición a los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas porque el individuo aprende que los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, que la experiencia de ansiedad no concluye en la pérdida de control temida y, por otro lado, que existe una habituación de la ansiedad mientras la persona permanece próxima a los recuerdos temidos. Desde este punto de vista, la exposición daría lugar a la mejora a causa de la habituación de la ansiedad y del aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza temida.

Cualquier estímulo relacionado con el trauma, ya sea interno, como un recuerdo, o externo, como un ruido imprevisto, un entorno solitario o un aniversario, puede poner en marcha la reexperimentación del suceso y llevar al sujeto a adoptar conductas inesperadas de protección y de defensa, ya que el trauma se percibe como una amenaza para la vida o para la integridad de una persona, sea ésta física, psicológica o una mezcla de ambas.

Para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma, la terapia de exposición utiliza diversos procedimientos que varían en función de si el método de presentación de los estímulos temidos se lleva a cabo en la imaginación o de forma real, y también según si la exposición a estos estímulos es o no gradual.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA:

Esta técnica se ha utilizado poco, aunque ésta técnica posee efectos beneficiosos en veteranos de guerra, en personas que han sufrido un accidente de automóvil y en mujeres víctimas de violación.

EXPOSICIÓN PROLONGADA:

La mayor parte de la evidencia empírica procede de estudios que emplean el procedimiento de exposición en la imaginación. La exposición prolongada, así como la desensibilización sistemática, pueden llevarse a cabo en la imaginación o de forma real, sin embargo, por cuestiones tanto éticas como del propio estímulo (Ejemplo, una violación, un terremoto o un accidente aéreo), la exposición suele hacerse en imaginación a los pensamientos e imágenes temidos y en vivo para los estímulos inofensivos relacionados.²¹

La exposición en vivo influye especialmente en los aspectos de *evitación fóbica* del trastorno. Sin embargo, cuando el mismo tipo de exposición se lleva a

²¹ Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En: Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP, editores. Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson; 2000. p. 266-85.

cabo sólo en la imaginación, se reduce la capacidad de la técnica para influir en este componente específico de la respuesta.

TERAPIA COGNITIVA:

Desarrollada por Beck, se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el suceso en sí, es lo que determina los estados emocionales. Los pensamientos desadaptativos y las distorsiones cognitivas que los producen provocan las respuestas patológicas, por lo que la terapia cognitiva se plantea como objetivo identificar dichas distorsiones y cambiar los pensamientos por otros más adaptativos.

Para las teorías del procesamiento de la información, la exposición prolongada a los estímulos ansiógenos posibilita la reestructuración cognitiva, ya que durante la exposición la persona aprende que las creencias fundadas en el miedo no poseen una base real. Mediante ésta técnica se enseña a los pacientes a identificar sus pensamientos desadaptativos, evaluar la validez de los mismos, y a cambiar los que resulten erróneos y sustituirlos por otros más lógicos o beneficiosos. Desde ésta perspectiva, se ha incidido en la reestructuración de los pensamientos relacionados con la peligrosidad del mundo y la falta de control sobre los acontecimientos futuros.

Tanto la terapia cognitiva como la exposición prolongada son tratamientos efectivos para el TEP. No obstante, existen varios estudios que sugieren que el resultado terapéutico es aún mejor si se combinan ambas terapias.²²

TERAPIA PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD:

Existen varios programas de entrenamiento para el manejo de la ansiedad, el método desarrollado de “inoculación” por Meichenbaum tiene como objetivo la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento e incluye fases de

²² Solomon SD, Johnson DM. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. Clin Psychol Psychother 2002; 9: 165-76.

educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, representación de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento auto-instruccional.

El entrenamiento en inoculación se ha mostrado eficaz en el tratamiento del TEP en mujeres víctimas de violación. También se ha empleado en el control de la ira, que es una respuesta habitual en el TEP y es muchas veces, de hecho, un obstáculo para el funcionamiento eficaz del tratamiento.

Las investigaciones realizadas en este campo sugieren que, mientras que el entrenamiento en inoculación promovería una reducción de los síntomas a corto plazo, la exposición prolongada produciría sus beneficios a largo plazo, debido a que las redes de miedo son activadas y modificadas.

HIPNOSIS:

La utilización de la hipnosis en el tratamiento del TEP está plenamente justificada en muchos casos, ya que aumenta la efectividad de los acercamientos terapéuticos habituales y se ha comprobado que los pacientes con síntomas de TEP tienden a ser altamente hipnotizables. Además, presentan síntomas disociativos que suelen responder al tratamiento hipnótico.²³

Lamentablemente, aunque existe una investigación relativamente amplia sobre la hipnosis en el contexto de los estudios de laboratorio, no puede decirse lo mismo de su empleo como tratamiento terapéutico para el TEP. En éste campo apenas ha habido estudios sistemáticos sobre su eficacia²⁴.

Desde un punto de vista terapéutico, la hipnosis cumpliría la función de recuperar el material traumático disociado, reconectar el afecto y el material recordado y transformar los recuerdos traumáticos.

²³ Cardaña E, Maldonado J, Galdón MJ, Spiege D. La hipnosis y los trastornos postraumáticos. *Anales de Psicología* 1999; 15: 147-55.

²⁴ Lynn SJ, Kirsch I, Barabasz A, Cardaña E, Patterson D. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 239-59.

EJERCICIOS ESCRITOS DE EXPRESIÓN EMOCIONAL:

Escribir sobre experiencias autobiográficas traumáticas parece ser beneficioso para la salud mental y física.²⁵ Pennebaker y Smyth sugieren que escribir sobre las emociones y el estrés puede incluso estimular el sistema inmunológico. Según Lange, llevar a cabo ejercicios estructurados de escritura es terapéutico en pacientes con TEP. Para ello, los sujetos deben escribir sobre los sucesos traumáticos que han vivido siguiendo unas normas determinadas de estilo, localización, frecuencia y tiempo dedicado. En un estudio realizado por Smyth, se calculó que el efecto adicional de añadir esta técnica a la terapia suponía una mejora del 23% en el bienestar subjetivo del paciente.

REDUCCIÓN DE INCIDENTES TRAUMÁTICOS (RIT):

“La reducción de incidentes traumáticos es una nueva forma de terapia, desarrollada por Frank Gerbode en 1989, para el tratamiento del TEP”.²⁶

La intervención del profesional está altamente pautada. El protocolo consiste en una serie de preguntas fijas que conducen al paciente a entrar en contacto con la situación traumática, así como con sus sentimientos, sensaciones y cogniciones. El terapeuta no ofrece intervenciones ni interpretaciones, sino que éstas son hechas espontáneamente por el mismo consultante. Por la forma en la que se recuperan los recuerdos del suceso traumático y por las creencias que mantienen algunos de los terapeutas que utilizan ésta técnica, no sería extraño que en muchos casos sus pacientes fueran víctimas de un trastorno poco conocido, pero no por ello menos importante, denominado **“síndrome de la memoria falsa”**.

²⁵ Murray B. Writing to heal. Monitor on Psychology, www.apa.org/monitor/jun02/writing.html.

²⁶ Moore RH. Cognitive-emotive resolution of the post-traumatic stress disorder www.trauma-tir.com/services/moore_tir.htm.

En el síndrome de la memoria falsa los pacientes recuerdan sucesos traumáticos que nunca les han sucedido, a causa de la presión terapéutica por “recordar” los acontecimientos que a priori se cree que están causando los síntomas del paciente.

OTRAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS:

El “control del estrés del incidente crítico”. Es el que consiste en grupos estructurados de discusión, habitualmente llevados a cabo entre uno y diez días después de la crisis. Estos grupos están diseñados para mitigar los síntomas agudos, valorar la necesidad de seguimiento y si es posible, procurar una sensación de cierre psicológico post-crisis.

TIPOS DE VÍCTIMAS:

A pesar de que la variedad de estímulos que pueden desencadenar un TEP es muy amplia, existen varios que merecen la pena destacar por su elevada prevalencia. El tipo de tratamiento que se utilice con unas personas u otras no variará esencialmente, sin embargo, las características diferenciales de algunos tipos de víctimas y estresores harán necesario tener en consideración una serie importante de matices.

VÍCTIMAS POR AGRESIÓN SEXUAL:

Éste es el grupo de población más afectado por el TEP. Hemos de tener en cuenta que según los datos epidemiológicos de los que se dispone, entre un 15 y un 25% de las mujeres es objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida. De todas ellas, más de la mitad desarrollan síntomas de TEP. El acercamiento terapéutico difiere según se trate de un hecho sucedido recientemente o de un abuso ocurrido tiempo atrás, incluso durante la infancia de sujetos ya adultos.

VÍCTIMAS RECIENTES:

En este caso, prima un acercamiento preventivo. Se tratará de evitar que llegue a desarrollarse el trastorno completo o evitar que éste se cronifique si ya ha aparecido. El objetivo principal será que el paciente vuelva a su vida cotidiana y afronte sus problemas más inmediatos.

Se ha desarrollado un programa de intervención cognitivo-conductual de un mes de duración con sólo cuatro sesiones de dos horas. Los componentes principales de este programa son:

- La información sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión.
- El entrenamiento en relajación y respiración.
- La exposición en imaginación a los recuerdos del abuso.
- La exposición in vivo a las situaciones evitadas que no entrañan riesgo.
- La reestructuración cognitiva en relación con las creencias irracionales sobre la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos que les ocurren a las personas.

Según el autor, de un grupo de diez mujeres que fueron sometidas a este tratamiento, sólo una desarrolló finalmente el TEP. Echeburúa también ha creado un programa de tratamiento para este tipo de víctimas que consta de cinco sesiones individuales de una hora de duración, que se aplican con periodicidad semanal.²⁷ Su programa incluye:

- Expresión y apoyo emocional
- Reevaluación cognoscitiva
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:
- Relajación y respiraciones profundas.
- Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas:

²⁷ Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En: Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP, editores.. Barcelona: Masson; 2000. p. 266-85

- Asertividad ante la policía y el juez
- Comunicación de la confidencia al entorno íntimo de la víctima
- Recuperación de las actividades cotidianas
- Superación de los pensamientos intrusos:
- Parada de pensamiento y aserción encubierta
- Técnicas de distracción cognoscitiva

Este programa fue efectivo con todos los pacientes, de una muestra de tan sólo diez, para reducir los síntomas del TEP.

SOBREVIVIENTES EN DESASTRES:

Experimentar un desastre es uno de los eventos traumáticos más serios que una persona puede soportar, y sus efectos sobre la salud mental y el comportamiento se pueden ver a corto y largo plazo, tales como la disociación, la depresión y el estrés postraumático. Para entender esos efectos, debemos primero comprender la naturaleza del trauma, qué les pasa a las personas cuando lo experimentan y, entonces, tratar de reunir y reconocer lo que funciona o no en el proceso de recuperación. Se requiere que los programas de respuesta y de preparación a gran escala ante emergencias, contemplen el comportamiento y los factores emocionales subyacentes a la respuesta de las personas ante tales traumas y que pueden llevar al éxito o al fracaso de dichos programas.²⁸

Aunque mucha gente continúa creyendo que la exposición a los desastres naturales y tecnológicos no conlleva problemas psíquicos, existe una fuerte evidencia en contra y las investigaciones muestran que pueden resultar problemas de salud mental luego de tales exposiciones. Estos problemas incluyen el síndrome de estrés postraumático (TEP), la depresión, el abuso del alcohol, la ansiedad y la somatización.

²⁸ Impacto de los desastres en la salud pública, Eric K. Noji (Editor), 2000, 461 p.

El TEP afecta al 15-30% de los supervivientes de catástrofes. Sin embargo, no existe una relación lineal entre la gravedad del suceso o la cantidad de pérdidas personales y la respuesta de estrés. Lo que sí resulta predictivo son algunas características de personalidad (introversión y neuroticismo), alteraciones psicológicas previas (depresión, pensamientos intrusivos, etc.), una historia familiar de trastornos psiquiátricos y el nivel de apoyo social percibido.

Una alternativa terapéutica utilizada ha sido la verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo, con el objetivo de indicar las reacciones psicológicas normales ante una catástrofe, facilitar la expresión de las emociones, compartir el duelo y propiciar la normalización de las conductas cotidianas, tal como se describe en la parte de primeros auxilios psicológicos de éste trabajo.²⁹

DUELO

La forma en la que el ser humano ha afrontado la muerte ha cambiado mucho a lo largo de su historia. Antes la esperanza de vida era muy inferior a la actual, la medicina no paliaba el sufrimiento ni remediaba enfermedades que ahora consideramos latosas en vez de mortales. La muerte formaba parte de la vida cotidiana.

Desde la psicología se están haciendo muchos esfuerzos para entender mejor los aspectos emocionales, morales y prácticos que conllevan la inevitable llegada de la muerte. Con los años las personas vamos entendiendo o aceptando el final de la vida.

Los niños pequeños valoran la muerte como un estado temporal y reversible y poco a poco van tomando conciencia de que no es un castigo y que forma parte del ciclo normal de la vida. El adolescente rara vez piensa en su significado al no

²⁹ Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Written emotional expression: J Consult Clin Psychol 1998; 66: 174-84.

representarle una amenaza inminente. Será en la madurez cuando acepte el hecho de que hay que morir. Saber que el tiempo es limitado hace valorar de forma diferente la profesión, el matrimonio, las amistades, etc. Los ancianos aceptan de mejor manera o con mayor resignación la idea de muerte que las personas de mediana edad.

Enfrentarse a ella, ser conocedor de que uno tiene limitadas sus expectativas de vida, es una de las pruebas evolutivas más difíciles de superar. Afrontar éste hecho pasa normalmente por alguna de las siguientes fases: negación: “¡Esto no puede estar sucediéndome a mí!”, ira: “¿Por qué yo?”, negociación: “Dios mío, si me dejas vivir hasta la graduación de mi hijo, no te pediré nunca nada más”, depresión: “No podré hacer nada de lo que tenía planeado”, y aceptación: “ De acuerdo, mi tiempo se ha acabado”. No parece que ninguna de ellas sea mejor ni peor que las otras. Hay personas, que por ejemplo, se enfrentan mejor negando y otras negociando.

Ante la pérdida de un ser querido se nos suele pedir entereza, que seamos valientes, que vivamos de forma natural e incluso que reprimamos las lágrimas; hay que dar la oportunidad de poder expresar los sentimientos por la pérdida. El duelo lógico por la muerte de una persona querida suele tener las siguientes características: durante las primeras semanas los supervivientes reaccionan con conmoción e incredulidad. Cuando se comienza a aceptar la pérdida, la insensibilidad inicial se transforma en gran tristeza. Algunos lloran constantemente, otros padecen síntomas físicos como insomnio, pérdida del apetito y cansancio.

Desde las tres semanas hasta el año, se revive la muerte intentando encontrarle un significado; al principio del segundo año la vida social se vuelve más intensa y la fortaleza personal va aumentando.

Después de perder a alguien querido, debido a la muerte, es esencial reconocer que se perdió una relación especial, esto significa que las cosas que hacían juntos ya no existen. Entre las reacciones más frecuentes ante una pérdida se encuentra la de llevar el sentimiento de que el fin del mundo está muy cerca, la ansiedad, el sentimiento de pánico, el varío y la humillación repentinamente se tornan muy dominantes y nos dejan totalmente fuera de control o de poder. Los pensamientos entre víctimas de catástrofes se concentran en culparse a sí mismo y decir cosas como: “Si hubiera actuado de diferente manera, entonces...”.

La impotencia frecuentemente causa fuertes sentimientos de soledad. Éste sentimiento puede ser compensado cuando compartimos con otros, hablar con alguien sobre lo que pasó en el momento crítico es muy importante para éste proceso. Cuando la versión personal de lo que pasó es compartida con otros, se pueden ajustar malentendidos, distorsiones y malas interpretaciones. Si esto se hace constructivamente, la persona angustiada se convencerá de que tiene sentido mantenerse en contacto con su red social, a pesar del momento traumático.

Meditante la interacción, la persona angustiada tiene la oportunidad de: experimentar maneras diferentes de entender una situación específica, entender que los sentimientos expresados no son extraños o anormales y poder así recobrar un sentimiento de control, al hacer frente a los pensamientos, memorias y sentimientos abrumadores.³⁰

Cuando se quieren prevenir efectos serios después de una crisis, es importante enfocarse en las estrategias de solución de problemas que la persona angustiada utiliza. Es igualmente importante identificar el apoyo social de los individuos: Verificar si la persona angustiada vive sola o forma parte de una familia o puede tener una red social además de una familia e identificar si tiene relaciones cercanas o solamente superficiales.

³⁰ Primeros Auxilios Psicológicos, American Red Cross/USAID, Cruz Roja Americana, Delegación de Centro América, Págs. 21-26

Los patrones de reacción en familias varían de una familia a otra. Los miembros no necesariamente reaccionan de la misma manera. En algunos casos hay una persona que quiere hablar sobre el acontecimiento una y otra vez, mientras que otra prefiere no recordar lo que pasó. La parte que habla experimentará que no está siendo escuchada en tanto que la otra parte se sentirá abrumada por tener que discutir tanto lo que ha sucedido. Así que en vez de apoyarse unos a otros, el tiempo se utiliza para encontrar o hacer responsable a la parte *“culpable”*.

Capítulo II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

DISEÑO DE LA PRUEBA

Selección de la Muestra:

Se trabajó con 17 maestros comprendidos entre las edades de 23 y 50 años, de ambos sexos, originarios de Cantón Panabaj, Santiago Atitlán y San Pedro la Laguna. Los maestros conforman el personal docente de la Escuela Provisional del Cantón Panabaj. Dicha población se ubica dentro de una situación económica media y con condiciones de salud aceptables.

Para la realización de la presente investigación se utilizó el muestreo intencional o de juicio, que constituye una estrategia no probabilística pues es útil cuando se quiere cualificar; en todos los casos no tienen la misma probabilidad de ser seleccionados para la muestra, el investigador elige los casos que más le interesan para una información más rica, requiere un conocimiento elevado de la población y permite hacer inferencias lógicas. El muestreo intencional es válido para la recolección de datos, en especial para muestras pequeñas y muy específicas.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los desastres generan un disturbio interno como resultado de la percepción de una amenaza sobre su integridad; constituyen un factor estresante que produce respuestas propias en cada individuo de acuerdo a su personalidad, los mecanismos de defensa del yo, las experiencias anteriores y la interpretación cognoscitiva del evento.

A raíz de la implementación de procesos sociales en la reducción de desastres, se ha evidenciado la necesidad e importancia de acompañar

psicosocialmente a las personas que han sufrido la pérdida de algún familiar, sus pertenencias o simplemente el impacto del fenómeno en sí.

La Guía Didáctica de Apoyo Psicosocial para Niños y Niñas Ante Situaciones de Desastres, creada por CONRED, CARE, Cruz Roja Guatemalteca, y Secretaría Ejecutiva de Corred, está dirigida principalmente a docentes y facilitadores comunitarios para que implementen procesos educativos relacionados a la reducción de desastres, con la finalidad de fomentar el apoyo psicosocial y mitigar el impacto psicológico del mismo.

Las técnicas que se utilizaron en ésta investigación son:

La entrevista: Se concertó una cita con el Director de la Escuela Provisional del Cantón Panabaj en la que se obtuvo información sobre la historia y evolución de la escuela, también emitió su opinión y experiencia sobre el evento sucedido el 5 de octubre del 2005 y relató la conducta que los niños tenían antes y presentan ahora después de la Tormenta Tropical Stan. Así mismo se obtuvo información sobre conflictos previos que han sufrido los habitantes del Cantón Panabaj y Santiago Atitlán, además de comentar sobre futuros planes de traslado de la Escuela.

La observación: Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recolección de datos. Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito, dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre, auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo.

En la visita de campo y observación realizada en el Cantón Panabaj el año pasado, denota un pueblo triste, solitario por la destrucción que causó el alud en el 2005. La escuela está dañada en las bases de la estructura del primer nivel, también se vio afectada la galera que cubre el campo de basket ball. El hospitalito tenía 25 años de estar fuera de servicio y con fondos extranjeros se logró que

empezara operaciones nuevamente en junio del 2005, por los daños que causó el alud en su estructura quedó nuevamente inhabilitado.

El edificio nuevo de la Policía Nacional y el edificio nuevo del Ministerio Público, fueron declarados inhabitables al quedar dañadas sus estructuras. Del pueblo en sí pocas casas quedaron en pie, algunas otras aún estando dañadas fueron habitadas nuevamente por las familias, pues no tienen los recursos para hacer las reparaciones que requieren las estructuras.

El campo de foot ball quedó también bajo dos metros de lodo, sólo se puede ver la parte más alta de la única portería que queda. Además se pudo observar que las personas de Panabaj han ofrecido diferentes ritos en el lugar del percance para ofrecer paz y calma a las almas de sus familiares que murieron en la tragedia.

En la calle principal de Panabaj aún se puede observar casas deshabitadas y destruidas por la fuerza del alud.

La escuela provisional fue construida con fondos de entidades internacionales y están construidas sus paredes de fibrolit y lámina sus techos, en el corredor hay piedrín y el suelo del patio es de tierra. Posee una cocina hecha de los mismos materiales que la escuela y se encuentra fuera de las instalaciones de las clases por el peligro que el fuego implica para los niños, pues se cocina con leña. Los niños de segundo grado primaria por no contar con un aula dentro de la escuela provisional, se encuentran recibiendo las cátedras en un taller de herrería ubicado a 500 metros de la escuela, el cual es prestado por un vecino de la comunidad.

En el momento del recreo se pudo observar niños en su mayoría activos, jugando entre ellos y algunos presentaron agresividad al momento de interactuar. Los maestros comentaron que los niños se ponen muy ansiosos al momento de empezar la lluvia, por lo que los padres tienen autorización de llevarse a los niños de la escuela si empieza a llover, o bien si amanece lloviendo tienen la opción de no presentarse a clases.

Entre otras técnicas se utilizó la técnica de dibujo con los maestros para lograr sensibilizarlos y poder aprovechar de una mejor manera las dinámicas y actividades lúdicas sugeridas por la “Guía Didáctica de Apoyo Psicosocial para Niños y Niñas ante Situaciones de Desastre”, las cuales están descritas en anexos de este informe.

Capítulo III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

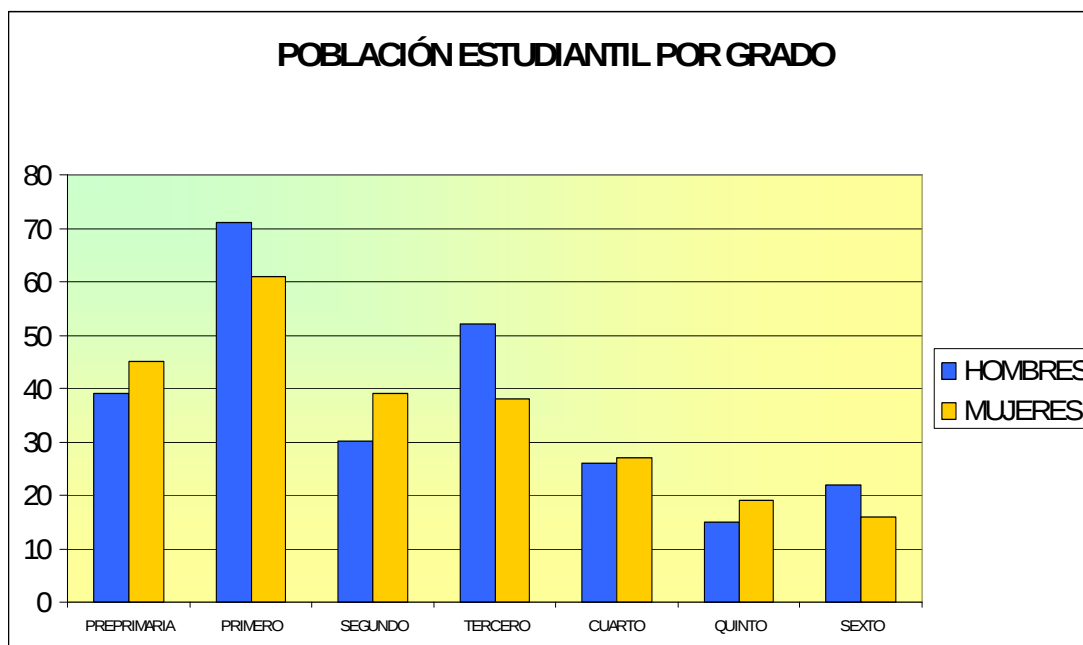
Las gráficas que se presentan reflejan los datos obtenidos dentro del trabajo de campo “Viabilización de Mecanismos Psicosociales de Afrontamiento ante un Alud, en Poblaciones en Riesgo de Desastres, a Partir del Entrenamiento de Maestros de Educación Primaria de la Escuela Provisional del Cantón Panabaj, Santiago Atitlán, Sololá , después de la Tormenta Tropical Stan”.

Cuadro No. 1

Población Estudiantil del Cantón de Panabaj

GRADO	HOMBRES	MUJERES
PREPRIMARIA	39	45
PRIMERO	71	61
SEGUNDO	30	39
TERCERO	52	38
CUARTO	26	27
QUINTO	15	19
SEXTO	22	16
TOTAL	255	245

Gráfica No. 1



Fuente: Datos proporcionados por medio de entrevista a los maestros de la Escuela Provisional del Cantón Panabaj.

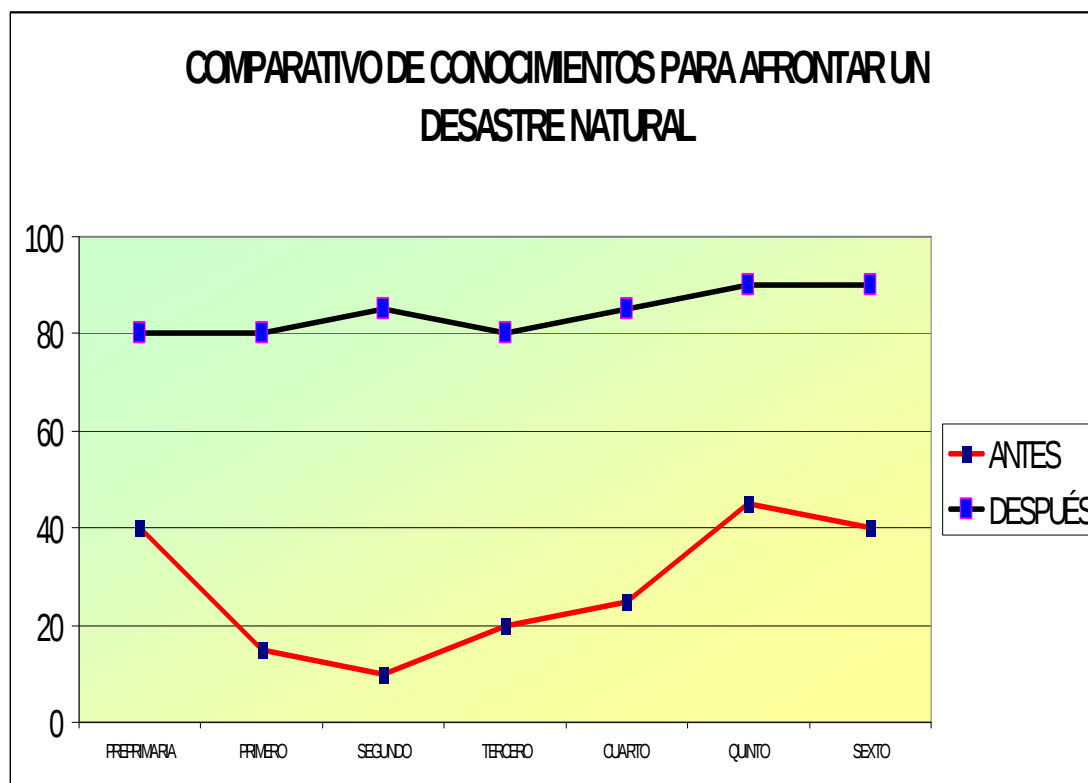
Las edades de los estudiantes están comprendidas entre 05 a los 15 años.

Cuadro No. 2

Comparativo de conocimientos para afrontar un desastre natural.

GRADO	ANTES	DESPUÉS
PREPRIMARIA	40	80
PRIMERO	15	80
SEGUNDO	10	85
TERCERO	20	80
CUARTO	25	85
QUINTO	45	90
SEXTO	40	90

Gráfica No. 2



Fuente: Datos obtenidos por medio de entrevista a los maestros de la Escuela Provisional del Cantón Panabaj

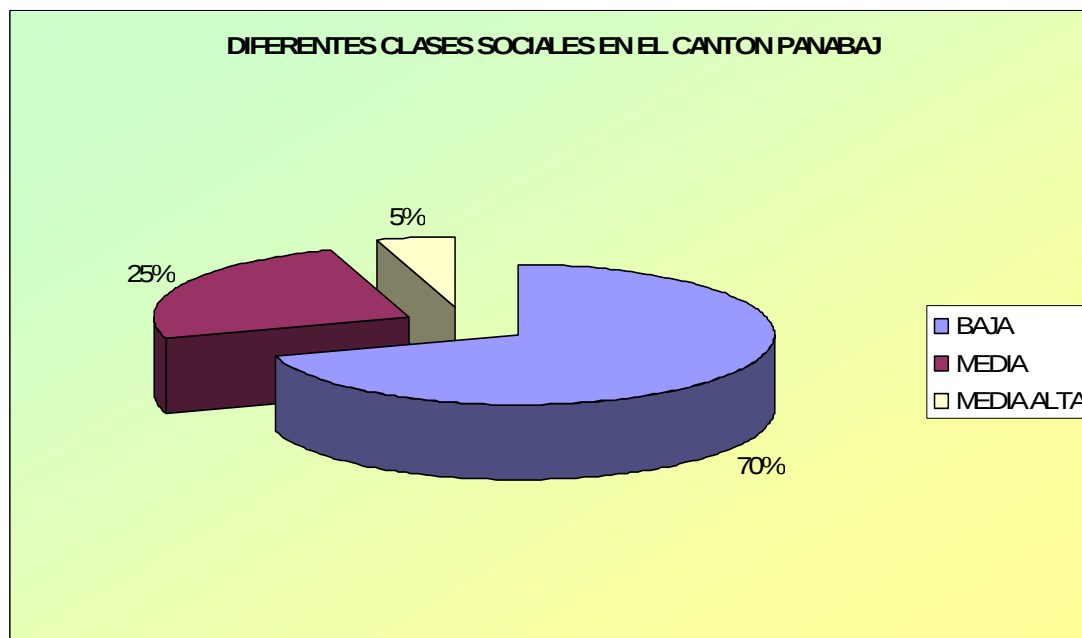
La gráfica anterior nos indica la comparación entre el conocimiento previo poseído por los docentes del Cantón Panabaj para afrontar un desastre natural versus los adquiridos durante la capacitación de Viabilización de Mecanismos Psicosociales para el Afrontamiento de un Alud, en Poblaciones en Riesgo de Desastres.

Cuadro No. 3

Diferentes Clases Sociales en el Cantón Panabaj

CLASE SOCIAL	PORCENTAJE
BAJA	70%
MEDIA	25%
MEDIA ALTA	5%

Gráfica No. 3



FUENTE: Datos obtenidos de los archivos de la Municipalidad de Santiago Atilán, Sololá.

Dentro de la comunidad del Cantón de Panabaj el mayor porcentaje de la población es de escasos recursos (clase baja), las familias que se encuentran dentro de éste porcentaje son las más vulnerables a los desastres naturales, las cuales actualmente se encuentran viviendo en albergues proporcionados por el gobierno y otras en su casa de habitación las cuales quedaron semidestruidas por el alud provocado por la tormenta tropical Stan.

Los demás pobladores del Cantón pertenecen a las clases sociales media y media alta. Éstas familias fueron golpeadas también por el desastre natural pero en menor escala ya que estos poseen casa de mejor material de construcción y poseen mayores recursos económicos para solventar los daños ocasionados por el alud.

Análisis Cualitativo

Tanto los dibujos como los testimonios que se encuentran en los anexos denotan ansiedad, desesperanza, dolor, duelo y tristeza que maneja la población de Panabaj cada vez que recuerdan el evento sucedido el 5 de octubre del 2005, lo que refleja la crisis en que se encuentra la población y la inestabilidad que sienten cada vez que se acerca el invierno. Toda la población del Cantón se vio afectada de una u otra manera, ya fuera por pérdidas materiales o físicas pues tuvieron que ser trasladados a un albergue provisional por la amenaza que significaba seguir viviendo en el mismo lugar. Hasta el día de hoy por falta de recursos estatales no toda la población del albergue ha sido trasladada a su nuevo lugar de habitación, pues con fondos de la Cooperación Española sólo pudo ser reubicada el 40% de los habitantes.

Capítulo IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Los desastres no sólo afectan la economía y la infraestructura de un país sino que comprometen a la misma estructura social de las comunidades afectadas, la salud física y mental de sus integrantes.
- Durante la capacitación a los maestros de la Escuela Provisional del Cantón Panabaj, en los procesos de Viabilización de mecanismos psicosociales de afrontamiento ante un alud, en poblaciones en riesgo de desastres, se logró que estos reflexionaran y concluyeran cuáles son sus debilidades como personas y comunidad, reconociendo las amenazas que los vuelven vulnerables para poder evitar un desastre.
- Con las fortalezas de los valores humanos y relaciones afectivas como comunidad es más factible poder afrontar un desastre natural ya que unidos ante una problemática se maneja de mejor manera.
- Con las diferentes herramientas y técnicas proporcionadas a los maestros se ayuda a superar la fase postraumática ante éste desastre natural y a posteriores si fuese necesario.
- Se brindó exitosamente a los maestros una capacitación integral para que sus alumnos transmitieran la información en sus hogares para saber que hacer antes, durante y después de un alud.

- El fortalecimiento de la salud mental, autoestima y valores en la comunidad mediante actividades lúdicas expresivas son de suma importancia para afrontar la problemática ante un desastre natural.
- La utilización de la Guía Didáctica de Apoyo psicosocial fue de mucha utilidad y apoyo para minimizar síntomas de estrés y duelo por medio de las dinámicas utilizadas con los maestros y estos a su vez con los alumnos de la escuela.

Recomendaciones

- Darle seguimiento a éste tipo de capacitaciones por parte de los maestros y estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas para que ésta y otras comunidades afectadas por diferentes desastres naturales puedan estar mejor preparadas para hacerle frente y con esto minimizar las pérdidas materiales y sobre todo humanas.
- Que los maestros y líderes de la comunidad del cantón de Panabaj antes del inicio de invierno de cada año implementen el uso de la Guía didáctica de apoyo psicosocial para niños y niñas ante situaciones de desastre para mitigar el impacto psicosocial ante el mismo.
- Que el Ministerio de Salud Pública de Guatemala fortalezca el Departamento de Salud e Higiene Mental ya que en la actualidad cuenta con menos de diez personas para mitigar a las diferentes emergencias nacionales.
- Al Gobierno de la República de Guatemala para que la entidad encargada de hacer los estudios de suelos, implemente nuevos sistemas o sistemas

de mejor calidad y eviten así que las personas ubiquen sus viviendas en lugares de alto riesgo como: laderas, faldas de volcanes y suelos arenosos, para evitar más tragedias como la sucedida en el Cantón Panabaj.

- Al Gobierno de la República de Guatemala que cumplan con lo acordado a los sobrevivientes del alud provocado por la tormenta tropical Stan, pues después de tres años el 60% de ellos siguen viviendo en el albergue temporal.
- Al Ministerio de Educación que pueda implementar la utilización de la guía como complemento en alguna de sus cátedras y puedan todos los niños a nivel nacional estar informados y relacionados con los desastres naturales, pues Guatemala como se mencionó en ésta investigación, es propensa a sufrir cualquier eventualidad de éste tipo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda Romero, José Antonio. Intervención Psicológica Inmediata con Víctimas de una Catástrofe Natural, Papeles del Psicólogo, 1997, No 68. España.
- Bellak Leopold. Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia., 1986, Manual Moderno, Méjico D.F.
- Bruno Lima, Silvia Pompei, Hernan Santacruz, Julio Lozano, Shaila Pai. La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: Experiencia en Armero Colombia. Salud mental V.12 No 1, Marzo de 1989.
- Raquel Cohen, Salud Mental para víctimas de desastres, Manual para trabajadores, OPS/OMS, Manual Moderno, México (1999)
- Edgar Galindo, El Papel de los psicólogos en situaciones de catástrofe: El caso de los terremotos de setiembre de 1985 en México. Sin año, Centro Documentario para desastres de la OPS/OMS ,San José Costa Rica
- Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward on understanding of the Burnout phenomenon. Japplied Pscychol 1986; 4:630-640

- Jacinto Inbar Estrategias de Intervención psicológica en situaciones de crisis masivas,(2º Parte) El atentado en la Comunidad Judía de Buenos Aires. Perspectivas Sistemáticas, Psicología de Hoy, año 8 No 35 - Marzo. - Abril. 1995
- Quarantelli, E.L, Comportamiento en casos de desastre: hipótesis y realidades, 1982, Preparación para casos de desastre en las Américas, Boletín No 13, Oct, 1982
- Slaikeu Karl A. Intervención en Crisis, 1988, Manual Moderno, México.
- Valero Alamo Santiago, El Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta, 1997. Lima Perú
- Valero Alamo Santiago, Ayudando a Ayudar, Manual para el Psicólogo Emergencista. ,1997 – 1998 Lima Perú
- Tom Williams, Editor, Post-Traumatic, Stress Disorders: a handbook for Clinicians, 1987, Published by Disabled American Veterans

A N E X O S