



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN**

Nosotros: **MARÍA ISABEL GARCÉS DÁVILA**, CI: 1720434537 y **NATALIA CATALINA VALDIVIESO KASTNER**, CI: 1716138985, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“Lineamientos de Primeros Auxilios Psicológicos para la asistencia en desastres.”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGAS CLINICAS**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2012

*Maria Isabel Garcés D.*  
**María Isabel Garcés Dávila**

**CI: 1720434537**

*Natalia Catalina Valdivieso K.*  
**Natalia Catalina Valdivieso Kastner**

**CI: 1716138985**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“LINEAMIENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA LA  
ASISTENCIA EN DESASTRES”**

**MARÍA ISABEL GARCÉS D.  
NATALIA VALDIVIESO K.**

**DIRECTORA: MÁSTER PAULINA BARAHONA CRUZ**

**QUITO, 2012**



Dedicado:

*A Chelita, Laurita María y Luchito,  
Grandes luchadores por la vida*

*Natalia*

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis padres, Anita y Mauricio por la confianza, cuidado y apoyo que me han brindado en cada uno de mis propósitos de vida. A mis hermanos Ana Lucía y Daniel, por estar siempre cerca dándome ánimos para continuar. A mí querida amiga Natalia, que sin su perseverante esfuerzo este trabajo no hubiera sido posible, gracias por su amistad incondicional y por compartir tantos momentos importantes conmigo. A Mateo, gracias por su apoyo incondicional y por acompañarme en mi camino. A Patricia por su cariño y generosidad al brindarme un espacio para mi desarrollo profesional. A Marcos por su cariño y paciencia, expresados en las enseñanzas que han contribuido en mi desarrollo profesional. A mis amigos, Gonzalo Andrés, Verito, Mony, Bere y José.

Isabel

Agradezco a mis padres, Edith y Rodrigo por su apoyo incondicional en todos los pasos de mi vida y el gran esfuerzo que hacen cada día por su familia; a mis hermanos Pablito y Javi, por todos los momentos de alegría y tristeza que hemos vivido; a mi tía Tere, por su apoyo y sus cuidados. A mi abuelita Laurita María y a mi tía Chelita, quienes siempre estarán conmigo y a mi abuelito Luis, por su gran fuerza. A mi querida amiga Isa, que sin ella y su gran amistad este trabajo no hubiera sido posible. A mi hermana Marita Isabel. A mis tíos, Jorge, Ruth, Ana Isabel, Mariana, Luz María y Byron; a mis primos, Danu, Johannita, Chris, Alejito, Michelle y a la pequeña Emilia. A mis amigos, Mateo, Jean Paul, Andreita B., Andre M., Verito, Nicolle, Chalo, Estrellita, Sarita, Mony y Geova, gracias por el valor de su amistad. A Patricia y a Jorge, por compartir sus enseñanzas conmigo.

Natalia

Agradecemos a Pauli, nuestra directora de tesis, por haber guiado este trabajo, por su apoyo incondicional y por compartir su conocimiento con nosotras.

Agradecemos a la institución Cruz Roja Ecuatoriana y al Programa Salud y Desarrollo Comunitario por habernos abierto sus puertas y desarrollar esta investigación.

## Tabla de contenidos

<b>Resumen .....</b>	<b>vi</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I: Acerca de los desastres.....</b>	<b>3</b>
1.1 Definición de desastre.....	4
1.2 Tipos de desastres .....	6
1.2.1 Fases de un desastre (ciclo del desastre).....	7
1.3 Impacto del desastre .....	8
1.3.1 Impacto Social.....	9
1.3.2 Impacto Fisiológico.....	10
1.3.3 Impacto Psicológico .....	11
1.4. Amenaza .....	12
1.5. Vulnerabilidad.....	14
1.5.1 Vulnerabilidad Social.....	15
1.5.2 Vulnerabilidad Psicosocial .....	16
1.6. Riesgo.....	17
1.7 Víctimas primarias y secundarias.....	18
<b>Capítulo II: Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en el escenario del desastre.....</b>	<b>20</b>
2.1 Teoría de la Crisis.....	21
2.2 Definición de PAP .....	32
2.3 Fases de PAP.....	35
2.4 Tragedias y Emergencias.....	41
2.5 Cuadros Psicológicos en situaciones de crisis .....	42
<b>Capítulo III: Análisis del tipo de intervención que realizan los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana Programa de Salud y Desarrollo Comunitario en lo referente a la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en la asistencia en desastres..</b>	<b>48</b>
3.1 Metodología de investigación .....	48
3.1.1 Población .....	49

3.2 Acciones de los voluntarios en desastres.....	50
3.2.1 Resultados de encuestas.....	50
3.3 Etapas en las acciones de Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de emergencia.....	63
3.3.1 Revisión bibliográfica.....	69
<b>Capítulo IV: Lineamientos de intervención en crisis de primera instancia. ....</b>	<b>73</b>
4.1. Principios del protocolo.....	73
4.2 Objetivos del protocolo. ....	74
4.3 Atención de Primeros Auxilios Psicológicos realizada por voluntarios. ....	75
4.4 Remisión.....	82
4.5. Consideraciones éticas.....	83
4.6 Principales desafíos y retos en la investigación realizada. ....	84
<b>Conclusiones.....</b>	<b>85</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>87</b>

## Tabla de Ilustraciones

### Capítulo I: Acerca del desastre

Tabla 1 .....	7
Tabla 2 .....	19

### Capítulo II: Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en el escenario del desastre.

Tabla 3 .....	29
Tabla 4 .....	35
Tabla 5 .....	40
Tabla 6 .....	46

### Capítulo III: Análisis del tipo de intervención que realizan los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana Programa de Salud Comunitaria en lo referente a la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en la asistencia en desastres.

Tabla 7 .....	48
Tabla 8 .....	51
Tabla 9 .....	51
Tabla 10 .....	52
Tabla 11 .....	52
Tabla 12 .....	53
Tabla 13 .....	55
Tabla 14 .....	56
Tabla 15 .....	56
Tabla 16 .....	57
Tabla 17 .....	58
Tabla 18 .....	59
Tabla 19 .....	60
Tabla 20 .....	61
Tabla 21 .....	62
Tabla 22 .....	64
Tabla 23 .....	65
Tabla 24 .....	66
Tabla 25 .....	66
Tabla 26 .....	67
Tabla 27 .....	68

## Resumen

Los desastres, naturales o causados por el hombre son eventos que tienen consecuencias, en ocasiones nefastas para la población debido a su intensidad. Éstas pueden evidenciarse en el ámbito físico, social y psicológico de los individuos y las comunidades. En esta ocasión, el enfoque estará dirigido a las consecuencias de los desastres en el plano psicológico, como eventos adversos capaces de dar lugar a una situación de crisis en quienes se ven afectados por ellos. Dentro del campo psicológico, existen propuestas para el manejo de la crisis, una de ellas es la intervención en crisis de primera instancia o Primeros Auxilios Psicológicos. Los Primeros Auxilios Psicológicos se presentan como un conjunto de herramientas caracterizadas por la inmediatez, la especificidad y la corta duración de las intervenciones, pues se realizan tan pronto como sea posible tras el suceso crítico.

De esta manera, se ha realizado una investigación en una de las instituciones encargadas de brindar ayuda pre hospitalaria en casos de desastres, con el objeto de analizar los modos de intervención del personal que allí labora y cómo éstos podrían tener mayor eficacia en los planes de acción. Se encontró que el componente psicológico se halla integrado en las acciones del personal de apoyo, aunque no de una manera sistemática.

En este contexto, se elaboró un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos, el mismo que propone para el personal de la institución un modelo general de Primeros Auxilios Psicológicos, desglosado en pautas de acción sistemáticas. Por otro lado, la flexibilidad del protocolo propuesto, permite la adaptación a cada una de las acciones en las distintas áreas, que llevan a cabo el personal de apoyo, determinando así su especificidad.

## Introducción

Los desastres, sean éstos efecto de cambios en la naturaleza o por acción del hombre, han representado un reto para la humanidad, debido al desasosiego que sus efectos producen y la inhabilidad del hombre por evitarlos. Sin embargo, en las dos últimas décadas, ha despuntado el valor del manejo de los desastres, de manera que, se han realizado varias consideraciones en este tema; una de las más importantes ha sido la definición del desastre como una concreción de varios factores, que, enmarcados dentro de un contexto temporal, espacial y cultural podrían tener como resultado la ocurrencia de un evento catastrófico. (Narváez, Ravell & Pérez Ortega, 2009: 9) Los acontecimientos en materia de desastres que la humanidad ha presenciado durante el último siglo, han dado pie a la conformación de una serie de organismos, cuyo fin es el brindar ayuda a las personas que han sido afectadas por estos eventos; este hecho, ha fomentado también a la investigación y sistematización de pautas de acción que se pueden llevar a cabo en la prevención y en la asistencia en desastres.

Se ha rescatado también el trabajo multidisciplinario, con el objetivo de prestar una ayuda integral, específica y efectiva. En el tratamiento de las consecuencias que los eventos adversos traen consigo para la salud de las víctimas, el componente psicológico ha tomado relevancia y ha sido contemplado en los planes de acción de organismos como la Cruz Roja, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. (2000, 2002). Para el campo psicológico, los desastres, debido a su intensidad y al impacto que podrían alcanzar, representan un posible desencadenante de situaciones de crisis, las mismas que se caracterizan por la incapacidad temporal de las personas de hacer frente y manejar la situación que ha menoscabado sus capacidades (Slaikeu, 1996:16). Desde este punto, el mecanismo de acción empleado para hacer frente a las crisis, contrarrestar las consecuencias nocivas que las mismas ocasionan y facilitar la movilización de recursos para su resolución, ha sido la intervención en crisis. La intervención en crisis se ha transformado en una herramienta clave, no solo en la reestructuración de comunidades afectadas sino también en el restablecimiento de los individuos.

Dentro de la intervención en crisis, se distinguen dos tipos, la intervención en crisis de primera instancia o Primeros Auxilios Psicológicos y la intervención en crisis de segunda instancia o terapia de la crisis. Para el presente trabajo, se ha escogido el abordaje de la intervención en crisis de primera instancia como un conjunto de

herramientas caracterizadas por la inmediatez, especificidad y corta duración, que pueden ser empleadas en el abordaje de las crisis producidas a raíz de la ocurrencia de un desastre.

La pregunta que ha guiado la investigación ha sido ¿Cómo se están realizando los Primeros Auxilios Psicológicos ante desastres por parte de los voluntarios del Programa Salud y Desarrollo Comunitario de la Cruz Roja Ecuatoriana?. Con lo mencionado anteriormente acerca de los organismos que prestan asistencia en desastres, se realizó una investigación en la Cruz Roja Ecuatoriana, organismo que presta ayuda humanitaria en la atención pre hospitalaria en distintos frentes como lo son, la asistencia en desastres naturales y antrópicos, accidentes vehiculares, crisis sociales, manejo y entrega de resultados de pruebas de VIH, etc. Frente a los resultados que fueron obtenidos mediante la aplicación de encuestas y la hipótesis de que el personal de la Cruz Roja Ecuatoriana maneja una serie de pautas de Primeros Auxilios Psicológicos, se trazó como objetivo para la presente disertación, la creación de una serie de lineamientos en Primeros Auxilios Psicológicos para la asistencia en desastres, dirigidos al personal que se encarga de la asistencia en desastres, quienes no necesariamente poseen una formación en el campo psicológico.

En esta disertación, se ha dedicado el primer capítulo a la exposición del concepto de desastre y los factores que inciden en su apareamiento, los tipos de desastres, así como sus fases y los distintos tipos y niveles de impacto que éstos tienen en las personas. En el segundo capítulo, se detalla lo concerniente a la teoría de la crisis, su concepto, sus tipos; se aborda también la intervención en crisis, sus tipos y modelos, enfocando especialmente la intervención en crisis de primera instancia, cuyas metas y pasos también se puntualizan; de igual forma, se detallan los cuadros psicológicos que pueden aparecer en situaciones de crisis. El tercer capítulo, explica la metodología empleada en la investigación realizada con los voluntarios de la Cruz Roja Ecuatoriana, convocados a la conformación de un grupo especializado en Apoyo Psicosocial, además de los resultados obtenidos y su interpretación sistemática. Finalmente, el cuarto capítulo se dedica al desarrollo de un protocolo general, en cuanto a su flexibilidad para ser aplicado en cualquiera de las áreas de acción de la institución, pero a la vez específico, mostrando en detalle cada una de las pautas y consideraciones que deben ser tomadas en cuenta por los asistentes durante las intervenciones. Se incluyen también las conclusiones, recomendaciones y cuestiones éticas concernientes al empleo del protocolo y una descripción de los retos presentados en el desarrollo de este trabajo.

## Capítulo I: Acerca de los desastres

Los desastres, ya sean naturales o causados por la acción u omisión del hombre, son incidentes que dan lugar a situaciones incontrolables. Los desastres naturales y antrópicos<sup>1</sup> como: terremotos, inundaciones, deslizamientos, erupciones volcánicas, incendios, entre otros, desintegran vidas, hogares y comunidades. Durante varias décadas, la primera respuesta ante los desastres ha sido asistir a los afectados en sus necesidades básicas, como alimentación, vivienda y bienestar físico. Sin embargo, en los últimos años, debido a la frecuencia de los distintos tipos de desastres, se ha producido un esfuerzo por conocer y comprender el costo, tanto material como emocional de los desastres, conformando la asistencia en las necesidades de salud mental de las víctimas de desastres. (OPS, 2002: 9)

Teniendo en cuenta las consecuencias psicológicas de los desastres y las experiencias en la asistencia en los mismos, las distintas organizaciones y los trabajadores de salud mental han creado métodos y procedimientos para ayudar a los afectados. Con el objeto de hacer de la asistencia en desastres y situaciones emergentes, tanto adecuada como efectiva, se vuelve necesario el contar con información y conocimiento sistematizado acerca de las implicaciones que traen consigo la vivencia de situaciones adversas para la población y el fenómeno que puede ocasionar un desastre, sus causas, tipos de desastres, y distintas consecuencias. Es por esto, que se considera necesario el abordaje, en un primer momento del marco conceptual de la definición de desastre, los tipos de desastre y el impacto que tienen los mismos en el ámbito social, fisiológico y psicológico de la población afectada. Esta conceptualización lleva a tratar los factores de amenaza, vulnerabilidad y riesgo que se encuentran estrechamente relacionados en la ocurrencia de un desastre. Por último, se realizará una aproximación acerca de las investigaciones realizadas sobre las víctimas tanto primarias como secundarias de una catástrofe.

---

<sup>1</sup> Desastres naturales: aquellos que son causados por factores inherentes a la naturaleza.  
Desastres antrópicos: aquellos que son causados por factores mediados por el hombre.

## 1.1 Definición de desastre

Es importante mencionar la definición presentada por el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* (2001). “**Desastre**. (Del prov. *desastre*). *m.* Desgracia grande, suceso infeliz y lamentable”. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2001). Esta definición muestra el carácter común asociado a la noción de desastre, y sus consecuencias tanto dolorosas como nefastas. El término “**Catástrofe**. (Del latín *catastrōphe*, y éste del griego *καταστροφή*, de *καταστρέφειν*, abatir, destruir) *f.* Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas.” (*Diccionario de la Lengua Española* 2001.) Hace referencia también a un hecho de carácter desorganizador en sus consecuencias. En el presente trabajo se emplearán ambos vocablos como sinónimos.

Debido a la amplia gama de definiciones del término y enfoques desde distintas disciplinas, se ha considerado necesario emplear una definición acorde con la práctica de la psicología clínica, en la cual priman los efectos sociales y la variabilidad psicológica de los sucesos, antes que las características físicas de los hechos, poniendo énfasis en las consecuencias sobre la salud mental de las víctimas y en la del personal de los servicios de salud.

En el año de 1989, la Organización Mundial de la Salud definió los desastres como: “situaciones en las cuales existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud pública”. (OMS, 1989, tal como aparece citado en Benyakar, 2005: 122). En concordancia con la definición de OMS, Raquel Cohen (1990), en su texto *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres* define los desastres como: “Eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano” (Cohen, 1990: 8).

A continuación se presenta una aproximación a la noción de desastre, escrita por Cortés (como se citó en García, Beltrán, Valero y Mar, 2007: 37), en el texto *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*, la misma que se halla ligada a los conceptos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad, los mismos que serán trabajados más adelante en este capítulo:

Una situación extraordinaria causada por un fenómeno de origen natural, socio-natural o antrópico (la amenaza expresada en un evento real), que significa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio

ambiente, excediendo la capacidad de respuesta. Es el resultado de un riesgo no manejado, y como tal entra a la ecuación añadiendo una flecha entre la R (riesgo) y una D de desastre:  $A$  (amenaza)  $\times$   $V$  (vulnerabilidad) =  $R$  (riesgo)  $\rightarrow$   $D$  (desastres). Cortés (como se citó en García et al., 2007: 37)

La característica inesperada e incontrolable de los desastres provoca consecuencias psicológicas adversas para los afectados, y podría ser considerada como una expresión de la vulnerabilidad social, tema que se desarrollará más adelante en este capítulo.

A continuación, se proponen ciertas definiciones que engloban algunas propiedades generales que poseen los desastres. Es por esto que se tomará como referencia a Benyakar (2005: 118), en el texto *Lo disruptivo*. El autor expone que, la imagen de desborde asociada a la idea de catástrofe, indica la dificultad que existe para establecer criterios precisos y completos que proporcionen una categorización de los fenómenos que podrían resultar en desastres, impidiendo de esta manera, la adecuada organización y orientación de los recursos en el momento de la ocurrencia de sucesos nefastos.

Con lo mencionado anteriormente, el término desastre, en este trabajo, será utilizado de la siguiente manera: los desastres o catástrofes son eventos súbitos, nefastos y causan gran número de personas afectadas, pérdidas materiales importantes, y principalmente, desbordan la capacidad de respuesta de los individuos y comunidades, dando como resultado una desorganización personal y social evidente. Todo desastre se expresa por un menoscabo de los sistemas funcionales, ya sean estos comunitarios o individuales.

Debido al enfoque multidisciplinario del tema de desastres, existen una variedad de definiciones, que traen consigo algunas características. En el texto de César San Juan (2002: 13), *Catástrofes y Ayuda de emergencia*, se exponen algunas:

- Un desastre produce una disrupción de la estructura social y sobrepasa la capacidad de respuesta de la población afectada, es decir, la demanda no puede ser manejada por los mecanismos sociales habituales, requiriendo ayuda adicional.
- Algunas variables importantes que podrían modificar el impacto del desastre: la habilidad de respuesta de los afectados, la capacidad de las estructuras de la comunidad para adaptarse a la crisis y la ayuda disponible.

- El concepto de desastre cambia con el tiempo y en las diferentes culturas. Lo que para una comunidad puede ser un desastre, no lo es necesariamente para otra.

Se puede referir que la noción de desastre señala niveles de daños y pérdidas que interrumpen de manera significativa el funcionamiento normal de la sociedad, afectando su cotidianeidad, provocando daños materiales y humanos en diferente grado. Siguiendo a Cohen:

- Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o ser naturales.
- Las catástrofes son, usualmente, hechos inesperados y la vez inevitables, que tienen diversas características.
- Algunos desastres surgen con lentitud mientras que otros lo hacen de manera repentina y sin preaviso.
- Algunos desastres afectan un área amplia, mientras que otros ejercen sus efectos en un sitio específico.
- Cada desastre produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable (Cohen, 1990: 8).

## **1.2 Tipos de desastres**

En cuanto a la tipología de los desastres, se puede clasificarlos en dos grandes grupos, por un lado se halla la presencia de distintos desastres ocasionados por fenómenos naturales, y por otro lado, catástrofes causadas por la acción u omisión del hombre. Actualmente, la clasificación de los tipos de desastres se torna complicada, ya que cada vez con más frecuencia los desastres llamados naturales podrían tener su origen en acciones llevadas a cabo por el hombre, dificultando la distinción entre estas dos variantes.

A continuación, se presenta un cuadro tomado del texto *Impacto de los desastres en la salud pública (2000)*, en el cual la Organización Panamericana de la Salud sintetiza los tipos de desastres. Se ha elegido esta fuente debido a su carácter didáctico y de fácil comprensión; no obstante, se debe anotar que las diferentes clasificaciones de los desastres son válidas y proporcionan información importante. Instituciones como la Federación Internacional de la Cruz Roja, y la Organización Mundial de la Salud, entre otras comparten esta clasificación.

**Tabla 1**

**Tipos de desastres**

<b>I. Desastres naturales</b>
<i>A. De impacto súbito o comienzo agudo</i> (riesgos climáticos y geológicos como terremotos, tsunamis (olas sísmicas), tornados, inundaciones, tormentas tropicales, huracanes, ciclones, tifones, erupciones volcánicas, derrumbes, avalanchas e incendios forestales). Esta categoría también incluye las epidemias de enfermedades transmitidas por el agua, los alimentos, los vectores y de persona a persona. <i>B. De inicio lento o crónico</i> [sequías, hambrunas, degradación ambiental, exposición crónica a sustancias tóxicas, desertización, deforestación, infestación por plagas (langostas)].
<b>II. Desastres causados por el hombre</b>
<i>A. Industrial/tecnológico</i> (fallas en los sistemas/accidentes, sustancias químicas/radiación, derrames, contaminación, explosiones, incendios, terrorismo) <i>B. Transporte</i> (vehicular) <i>C. Deforestación</i> <i>D. Escasez de materiales</i> <i>E. Emergencias complejas</i> (guerras y contiendas civiles, agresión armada, insurgencia y otras acciones que traen como resultado el desplazamiento de personas y refugiados).

*Nota:* Adaptado de de Noji, Erik. *Impacto de los desastres en Salud Pública*, OPS, 2000. p.7

Los desastres naturales pueden ser categorizados como “graves” o “lentos” en su inicio, algunos pueden ser previsibles dependiendo del área geográfica en la que se presenten, las amenazas naturales son imprevisibles y en la mayoría de los casos incontrolables (Noji, 2000:7). Las catástrofes ocasionadas por acción u omisión del hombre se encuentran enlazadas por la relación naturaleza-ser humano, lo que produce escenarios más complejos en cuanto a riesgo, amenaza y vulnerabilidad y pueden agravar el impacto de los desastres en la población afectada.

**1.2.1 Fases de un desastre (ciclo del desastre)**

De acuerdo con el texto de Noji (2000: 27-28), *Impacto de los desastres en la salud pública*, los desastres de impacto súbito comprenden una secuencia continua, pero, sin embargo, se distinguen momentos distintos, los cuales el autor ha sistematizado en cinco fases diferentes: inter-desastre, pre-desastre, impacto, emergencia y rehabilitación. Esas fases pueden durar desde unos pocos minutos hasta meses o años.

1. *Fase de ausencia de desastre o inter desastre:* antes del desastre, las instituciones afines y las autoridades deben encargarse de la preparación y la prevención para conducir programas de entrenamiento con la comunidad.

2. *Pre-desastre o Fase de alerta:* Antes de que ocurra el desastre, las autoridades deben popularizar avisos de alerta, tomar acciones preventivas y, si la situación lo requiere, evacuar a la población. La efectividad de las acciones protectoras dependerá ampliamente del nivel de preparación de la población, particularmente, en la comunidad.

3. *Fase de impacto:* Cuando ocurre el desastre, trae consigo destrucción, heridos y muertos. El suceso puede durar unos pocos segundos, como en los terremotos, o durar días o semanas, como en las inundaciones o sequías. El impacto de un desastre sobre la salud humana varía ampliamente según los tipos de desastres.

4. *Fase de emergencia (de socorro o de aislamiento):* comienza inmediatamente después del impacto y es cuando se debe brindar apoyo y asistencia a las víctimas. Requiere acciones necesarias para salvar vidas que incluyen operaciones de búsqueda y rescate, primeros auxilios, asistencia médica de emergencia, restauración de las redes de comunicaciones y transporte de emergencia, vigilancia en salud pública y, en algunos casos, evacuación de las áreas todavía vulnerables. Como su nombre lo indica, es en esta fase en la cual tendrán lugar los Primeros Auxilios Psicológicos, estos serán realizados por las diferentes instituciones a cargo de brindar asistencia humanitaria.

5. *Fase de reconstrucción o de rehabilitación:* en esta fase comienza la reconstrucción de las condiciones previas al desastre, es decir, la comunidad empieza a retomar sus actividades cotidianas, y con ésto, el restablecimiento de los servicios normales de salud de la localidad y la asistencia, la reparación y la reconstrucción de las instalaciones. Definir el tiempo que toma la reconstrucción o recuperación es difícil, puede empezar muy tempranamente, aún en el período de emergencia, y puede durar muchos años.

### **1.3 Impacto del desastre**

Para el desarrollo de este subcapítulo, el impacto del desastre, se referirá al nivel de afectación que las consecuencias de éste producen en la población en distintos ámbitos de su funcionamiento.

En este acápite se trabajarán tres formas de impacto, el impacto social, que se halla relacionado con las estructuras comunitarias y los vínculos cohesivos de las

poblaciones; el impacto fisiológico, vinculado a cuestiones orgánicas y de la salud física de las personas afectadas, y finalmente el impacto psicológico, ;este último estará desarrollado con mayor precisión en el capítulo siguiente. Se debe mencionar que, debido a la singularidad de cada desastre y a la respuesta particular de las comunidades ante una catástrofe, no hay criterios unificados sobre el impacto social ni psicológico de los mismos, no obstante, se tratará de englobar aquellos aspectos que se ajusten con los objetivos de la investigación.

Es importante señalar que, las consecuencias a manera de impacto de los desastres afectan a los individuos de manera integral, es decir, el impacto tanto social como fisiológico y psicológico de las catástrofes se manifiesta en los individuos como un continuo, se podría decir que las consecuencias están conectadas en el momento de ocurrido un desastre y se evidencian de manera integral en las comunidades. Por tanto, el objetivo de la división de los tipos de impacto es con fines explicativos.

### **1.3.1 Impacto Social**

Los desastres afectan no solo al individuo sino, ineludiblemente, a su entorno, es decir, a las estructuras físicas y sociales que actúan como sostén, como las redes de apoyo y las políticas del manejo de gestión de riesgos. El impacto social de las catástrofes puede ser evidenciado en la imagen de desborde colectivo de estos escenarios y de manera particular cuando la capacidad de respuesta de autoridades, organizaciones e instituciones asistenciales no cubre con la demanda de ayuda requerida en el momento.

Cardona (1993: 4) distingue el impacto del desastre en pérdidas directas e indirectas. Las pérdidas directas se encuentran en relación con el daño físico, en la infraestructura de servicios públicos, en las edificaciones, el espacio urbano, la industria, el comercio y el deterioro del medio ambiente, es decir, la alteración física del hábitat. Por otro lado, las pérdidas indirectas pueden presentarse como efectos sociales tales como la interrupción del transporte, de los servicios públicos y de los medios de información.

Las pérdidas, tanto directas como indirectas, que origina el desastre, generan a su vez, consecuencias en las poblaciones afectadas. En el texto *Los desastres Naturales y la Protección de la Salud*, la Organización Panamericana de la Salud (2000) publicó algunas consecuencias de las catástrofes, se tomarán aquellas que tienen lugar después del impacto inmediato del suceso.

- **Reacciones sociales:** como ansiedad, culpa, acciones heroicas, conformismo, cambio en hábitos alimenticios, sueño, y trabajo, entre otras.
- **Enfermedades transmisibles:** este tema será tratado en el impacto fisiológico del desastre.
- **Desplazamientos de población:** grandes movimientos de población desplazados hacia áreas donde sus necesidades básicas puedan ser abastecidas.
- **Exposición a la intemperie:** necesidad de proporcionar refugios.
- **Alimentación y nutrición:** distribución de los depósitos de comida.
- **Abastecimiento de agua y servicios de saneamiento.**
- **Daños a la infraestructura sanitaria:** como hospitales, instituciones públicas y educativas. (OPS, 2000: 3-5)

Algunas de las consecuencias antes mencionadas, podrían agravar el impacto psicológico y fisiológico de los desastres, y requieren asistencia inmediata y especializada en la mayoría de los casos.

### 1.3.2 Impacto Fisiológico

La fuerza del impacto de catástrofes se manifiesta en un aumento de los síntomas y problemas de salud en la población que los sufre. Las investigaciones epidemiológicas confirman que las víctimas de desastres manifiestan cuadros sintomáticos en alrededor de un 25-40% de los casos. (Beristán, 2004: 29)

A corto plazo, el aumento de las enfermedades que se observan, obedece con mayor frecuencia a la contaminación del agua y los alimentos, lo que produce enfermedades entéricas<sup>2</sup>. El riesgo de brotes epidémicos como fiebre, malaria, cólera, salmonella, entre otras, y las enfermedades transmisibles podrían depender de la densidad y el desplazamiento de la población, teniendo en cuenta las características singulares de los desastres.

Algunas consecuencias fisiológicas inmediatas podrían presentarse como palpitaciones o taquicardia, dolores de pecho o cabeza, aumento de la presión sanguínea, temblores musculares, náuseas, disminución en la resistencia física, dificultad para respirar, escalofríos, sensación de ahogo, sequedad de la boca, malestar abdominal. (OPS, OMS, 2000: 15)

---

<sup>2</sup> Entérico: relativo al intestino.

Se pueden mencionar otras consecuencias fisiológicas como lesiones benignas de manejo ambulatorio: heridas, fracturas no complicadas, quemaduras leves, etc.; lesiones que requieren hospitalización como fracturas de cráneo con hemorragia, lesiones cervicales con compromiso neurológico, daños a órganos, entre otras; fracturas de extremidades complicadas. (OPS, OMS, 2000: 15-17). Las manifestaciones descritas pueden ser solo la expresión de una respuesta comprensible ante una experiencia amenazante, también pueden ser indicadores de una condición patológica. La correcta valoración del impacto fisiológico, mediante el contexto de los hechos y las vivencias, permitirá aproximarse a un conocimiento acerca del individuo. Lo cual, dará lugar al siguiente paso, que consiste en identificar si las reacciones emocionales son respuestas “normales o esperadas”, o por el contrario pueden considerarse manifestaciones psicopatológicas, las mismas que demandarían un abordaje profesional pertinente.

### **1.3.3 Impacto Psicológico**

Los desastres, sean estos pronosticados, cíclicos, naturales o provocados por la acción u omisión del hombre, provocan un sentimiento de sinsentido. Debido a este rasgo común, las características de los desastres condicionan tanto el modo como la intensidad del impacto que pueden tener sobre el psiquismo. De igual manera, influyen en la manera de tramitar el dolor de los individuos afectados. Cada individuo reaccionará diferente ante un desastre, la respuesta estará acorde con la capacidad en relación con los recursos tanto personales como sociales y materiales con los que cuente el individuo en ese momento. Usualmente, a mayor intensidad de los hechos, mayor presencia de síntomas psicológicos.

Los hechos traumáticos colectivos tienen mayor impacto social y psicológico, por lo que, si las características del hecho traumático se han demostrado como intensas, severas, no previsibles, incontrolables e implican pérdidas personales, darán como resultado, en la mayoría de los casos mayor impacto en el individuo. Este impacto podría evidenciarse en lo que se conoce como el Trastorno Agudo de Estrés y Trastorno de Estrés Postraumático. Si bien es cierto, en el capítulo siguiente se tratará a profundidad este acápite, es necesario presentar algunos aspectos del comportamiento humano en la situación de desastre, como nos muestra Cesar San Juan (2001), en su texto *Catástrofes y Ayuda de emergencia*:

- Sentimientos de intenso malestar, inquietud, desamparo e indefensión.
- Miedo a perder la propia vida y la de los seres queridos.

- El estado predominante es el emocional vs el racional, sin embargo es frecuente que se desencadene una búsqueda racional.
- Sentimientos de solidaridad y empatía. (San Juan, 2001: 15)

Algunos síntomas generales psíquicos podrían ser:

- Angustia o tensión extrema.
- Sensación de pérdida de control.
- Mareos o desmayos.
- Sensación de irrealidad o de sentirse extraño en la situación en que está.
- Oleadas de calores.
- Adormecimiento o sensación de hormigueo. (OPS, 2002: 25-28).

Algunos autores coinciden en la ausencia de expresiones de pánico generalizadas en el momento de un desastre; en lugar de estas manifestaciones, mencionan comportamientos solidarios entre miembros de la comunidad con la finalidad de sobrellevar el suceso catastrófico (Beristán, 2004: 113). Específicamente, en desastres naturales como terremotos e inundaciones donde la ausencia de la población afectada es evidente, las investigaciones demuestran actividades por parte de la comunidad en acciones de rescate y salvamento. La gran mayoría no sufre en ese momento de ninguna alteración mental, frecuentemente experimentan reacciones esperadas ante un suceso de vital significado.

Las distintas formas de impacto, ya sean sociales como fisiológicas y psicológicas no deben ser consideradas aisladamente, cada reacción o manifestación es una pauta sobre el tipo de intervención que debe realizarse. El impacto psicológico tras la ocurrencia del desastre, es perceptible tanto en la singularidad como en la colectividad, es decir, en los miembros de la comunidad individualmente y también manifiesta su incidencia en el bienestar psicosocial de la comunidad.

## **1.4. Amenaza**

Con el objeto de exponer algunas cuestiones concernientes acerca del concepto de amenaza, en un primer momento, se entenderá por amenaza, “el grado de exposición de un lugar o emplazamiento a los fenómenos naturales dentro de un período determinado, independientemente de lo que sobre dicha ubicación se construya” (Kuroiwa, 2002:5). En este contexto, una amenaza es representada por

aquellas probables situaciones o fenómenos que podrían ocasionar un daño dentro de un lugar y un tiempo establecidos.

Es necesario realizar una distinción entre aquellas situaciones que podrían actuar como amenazas para una población. Se puede calificar de amenazas naturales a aquellos eventos que “forman parte de la dinámica natural y cambiante de este planeta y su atmósfera, y sobre los cuales las sociedades humanas no pueden incidir en su ocurrencia o magnitud” (Narváez, Lavell, Pérez Ortega, 2009:12). Entre algunos ejemplos acerca de eventos físicos que representan una amenaza natural, se pueden enlistar: sismos ocasionados por el movimiento de las placas tectónicas, cambios climáticos que dan lugar a huracanes, maremotos, tsunamis o lluvias torrenciales que ocasionan deslaves e inundaciones. En los escenarios antes mencionados, es casi nulo lo que el hombre podría hacer para evitar la ocurrencia de los mismos, pues son situaciones que se hallan determinadas por agentes naturales relacionados con la ubicación geográfica, el clima y fenómenos cíclicos.

Lizardo Narváez, Allan Lavell y Gustavo Pérez Ortega (2009) en su texto, *La Gestión del Riesgo de Desastres. Un enfoque basado en procesos*, distinguen una segunda clase de amenazas, en relación a las cuales “la naturaleza solamente juega un papel de soporte o trasfondo, de insumo no definitorio” (Narváez et al. 2009:15). Este tipo de amenazas son las que los autores mencionados denominan “socio culturales” y “antropogénicas” y son aquellas en las que, en mayor o en menor parte, ha intervenido el hombre para su apareamiento. De acuerdo con esta característica, en el desarrollo de este tipo de amenazas, la intrusión del hombre puede evidenciarse de dos modos distintos; “por un lado, con referencia a la concreción misma del evento como tal y por otro lado, con referencia a la exposición de la población y sus modos de vida en condiciones de vulnerabilidad frente a estos fenómenos” (Narváez et al. 2009: 15).

En la actualidad, se presentan mayor cantidad de peligros debido a las amenazas de tipo antropogénico, pues el desarrollo tecnológico ha fomentado el surgimiento de nuevos riesgos asociados con los procesos de investigación y manufactura tecnológicos, además de otros agentes como el crecimiento urbano. Ejemplo de ello son los residuos químicos y desperdicios inflamables que amenazan la ocurrencia de un incendio o una explosión, así como también los exabruptos que podrían ocurrir con el transporte de petróleo para ser procesado, si las plantas de refinamiento o los sistemas de oleoductos se encuentran cercanos a una población.

Cabe indicar que se presentan también amenazas que combinan ambos aspectos, tanto el social o antropogénico y el natural. Los autores Narváez, Lavell & Pérez Ortega (2009) los diferencian como “amenazas socionaturales”, y son aquellas que “se construyen sobre una base natural, pero con una intervención causal derivada de acciones humanas concretas.” (Narváez et al. 2009:15). Acciones realizadas por el hombre como la tala indiscriminada de árboles y vegetación, contribuyen a la producción de cambios en el clima de una región, cuyos efectos podrían actuar como un potencial nocivo; otras como la carencia de un sistema efectivo de alcantarillado o de canales de evacuación del agua procedente de las lluvias o el taponamiento de los mismos debido a la acumulación de desperdicios, pueden actuar como un factor amenazante.

## **1.5. Vulnerabilidad**

En un primer momento se empleará la definición propuesta por la OPS, “se entiende por vulnerabilidad, la susceptibilidad a la pérdida de un elemento o conjunto de elementos como resultado de la ocurrencia de un desastre” (OPS, 1998: 14). En general, la vulnerabilidad se presenta como una característica que concierne a la susceptibilidad de sufrir un daño o perjuicio tras la ocurrencia de una catástrofe. Las condiciones que hacen de una población o un asentamiento humano vulnerable, convergen de varios aspectos; por lo cual se ha considerado, desglosar los ejes principales que comprometen el factor de la vulnerabilidad en el apareamiento de una catástrofe.

La Cruz Roja Ecuatoriana, en el Manual de Gestión de Riesgos y Preparación para Desastres, expresa que la vulnerabilidad se refiere a “las características que tiene una persona o un grupo de personas para predecir un peligro natural o causado por el hombre; hacerle frente, resistir sus efectos y recuperarse de éstos” (Cruz Roja Ecuatoriana, s.a.: 9). Tal como ha sido manifestado anteriormente, las características que hacen a una población vulnerable no están situadas únicamente en el plano material, sino que engloban otros aspectos inherentes al carácter social y de cohesión de los grupos humanos, los mismos que se expondrán a continuación.

### **1.5.1 Vulnerabilidad Social**

La vulnerabilidad social constituye un rasgo categórico en la determinación de los factores de riesgo y la aproximación a un posible evento catastrófico. Julio Kuroiwa (2002) manifiesta que “la vulnerabilidad social corresponde a las características psicológicas, sociales, económicas, políticas y culturales que condicionan el comportamiento preventivo y capacidad de respuesta del grupo social para atender a la emergencia, la rehabilitación y la recuperación” (Kuroiwa, 2002: 5).

Se puede hablar de vulnerabilidad social, cuando los miembros de una comunidad no cuentan con el conocimiento acerca de los fenómenos naturales que podrían ocurrir en las inmediaciones de la zona en la que habitan y su magnitud. También se presenta una ausencia de conocimiento de aquellos factores que podrían actuar como una potencial amenaza ante la ocurrencia de un desastre natural o antrópico, como son la localización del terreno donde están construidas las viviendas, la solidez del suelo en donde se hallan y la calidad de los materiales que han sido empleados para la construcción de las viviendas, entre otros (Kuroiwa, 2002: 392). El hecho de no tener un conocimiento claro acerca del potencial riesgo que puede representar la interacción de estos y otros factores, aumenta aún más la condición de vulnerabilidad de una población. Además, incide en la capacidad de tomar medidas para la prevención y preparación ante la ocurrencia de desastres.

Adicional a esto, se puede acotar que la vulnerabilidad social de una población también se encuentra estrechamente relacionada con la particularidad de la organización social y política de la comunidad, pues es fundamental para determinar los recursos con los que cuenta la población y cómo éstos se hallan distribuidos para hacer frente a la posible ocurrencia de un desastre, ya sea éste de tipo natural o antrópico.

Además de los recursos con los que una población cuenta, es necesario también determinar las capacidades con las que la comunidad, como organización social posee. Según la Cruz Roja Ecuatoriana (s.a.), las capacidades de una población son los recursos de las personas, las familias, las comunidades y las instituciones para resistir el impacto de los desastres. Dicho de otro modo, son las habilidades y las destrezas que sirven para prevenir y reducir los efectos de un desastre (Cruz Roja Ecuatoriana, s.a.:10).

Las capacidades de una comunidad se refieren a las características mismas de la población en sus aspectos demográficos, cohesivos, de organización y funcionamiento que actúan como fortalezas y permiten a la población hacer frente a los desastres y sobrellevar los efectos desfavorables de los mismos. Evidentemente, las capacidades y los recursos de un conglomerado humano, se hallan en estrecha dependencia del contexto ambiental, social, político y sobre todo cultural de la población. (Kuroiwa, 2002: 392-394)

Puesto que la vulnerabilidad social también involucra a la esfera política, la carencia o la descoordinación de redes de apoyo, ya sean estas instituciones pertenecientes al estado, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales con fines humanitarios, gremios pertenecientes a órdenes religiosas, etc., así como también la imposibilidad o fallas en los sistemas de comunicación, inciden en el grado de vulnerabilidad a la que una población se halla expuesta y representan una hendidura en las capacidades de respuesta de la comunidad.

### **1.5.2 Vulnerabilidad Psicosocial**

Dentro de la vulnerabilidad social, se ha considerado significativo realizar una distinción de aquello que corresponde a la vulnerabilidad psicosocial de una población, tomando en cuenta que el ser humano se halla atravesado por distintos factores que determinan su comportamiento

Para la exposición de aquellos aspectos concernientes a la vulnerabilidad psicosocial, se tomarán como guía los aportes realizados por la Organización Panamericana de la Salud en el manual *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*, publicado en el año 2002. De esta manera, se puede decir que la vulnerabilidad psicosocial se encuentra relacionada con los grupos vulnerables determinados por variables como el género, la edad y las condiciones sociales y políticas. En este texto se manifiesta que “los grupos vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después del desastre” (OPS, 2002: 6).

De acuerdo con lo mencionado por la OPS (2002), la vulnerabilidad psicosocial determinada por el género establece que las mujeres constituyen un grupo de mayor vulnerabilidad, puesto que son más proclives al impacto de una situación de catástrofe y encuentran más difícil su inserción en el proceso de recuperación. El rol cultural de la

mujer tiene gran incidencia en ambas consideraciones, puesto que la mujer se halla más vinculada al cuidado y protección de la familia y goza de menos oportunidades de inclusión económica.

Según el estudio de la OPS (2002), del cual se desprende el manual citado con anterioridad, la población infantil y juvenil también constituye un grupo vulnerable que incide en la vulnerabilidad psicosocial. Los niños y los jóvenes se han visto afectados por situaciones de violencia y discriminación, además del atentado en contra de sus derechos, lo cual incurre en su desarrollo y su salud, tanto mental como física. De la misma manera, se considera que los adultos mayores y las personas con capacidades especiales son un grupo vulnerable, pues en ocasiones, debido a sus condiciones fisiológicas, les resulta más difícil el sobrellevar el impacto de una catástrofe, además de ser víctimas de discriminación, maltrato e incumplimiento de derechos.

## **1.6. Riesgo**

Se tomará la definición de riesgo planteada por Julio Kuroiwa: “El riesgo es, por lo tanto, el resultado de la exposición de la construcción hecha por el hombre, con el grado de vulnerabilidad que le es inherente, frente al peligro al que se verá sometida.” (Kuroiwa, 2002: 5). De esta manera, en el riesgo, confluyen dos factores predisponentes: amenaza y vulnerabilidad.

Como se ha mencionado en los anteriores acápite, los conceptos que se han venido tratando, dependen de varios aspectos, físicos y de infraestructura, sociales, ambientales y psicosociales; en el mismo sentido, en la determinación del riesgo se hallan presentes estas características. Los autores del artículo *Desastres, Vulnerabilidad y Sociedad de Riesgo*, José Antonio Corraliza Rodríguez y Rocío Martín (2001), que aparece en *Catástrofes y ayuda en emergencia* (2001), citando a Puy, proponen la definición de riesgo “como la evaluación de la posibilidad de un efecto adverso como una consecuencia de una fuente de peligro” (Corraliza Rodríguez & Martín, 2001: 257). El riesgo se presenta entonces como la posibilidad de la ocurrencia de una catástrofe, amenaza que puede agravarse dependiendo de los factores externos y las condiciones y características del lugar y la población que allí se sitúan.

## 1.7 Víctimas primarias y secundarias

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la definición de víctima se refiere a: “**Víctima** (Del lat. *Víctima*.) 3. f. Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita”. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2001). La generalidad de la definición concatenada con el objetivo del presente trabajo, compete que víctimas son las personas que han sufrido un perjuicio de algún tipo, debido a la ocurrencia de un desastre y sus efectos.

De acuerdo con Raquel Cohen (1999), se tomará como referencia el término *damnificado*, el mismo que en este contexto “se refiere a las personas y familias afectadas por un desastre y sus consecuencias. Las víctimas de los desastres han experimentado un evento inesperado y estresante que ha deteriorado su capacidad de adaptación” (Cohen, 1999: xv).

Dado que el suceso catastrófico incide indiscriminadamente en las poblaciones, los damnificados o víctimas pueden enlistarse dentro de algunas categorías. En la asistencia a los afectados de un desastre, se corre el riesgo de pensar que únicamente el impacto fisiológico, y las pérdidas materiales muestran la condición de víctima de un individuo, sin embargo, el impacto psicológico es uno de los mayores desestabilizantes del bienestar de una persona o comunidad en el momento de ocurrido un desastre.

Debido a la estrecha relación que media entre este componente y la vulnerabilidad, se distinguirán individuos y poblaciones más vulnerables que otras, como son los casos de niños, adultos mayores, personas con capacidades especiales, desplazados y refugiados, o personas que se encuentren atravesando períodos críticos. La tabla a continuación, adaptada de García et al. 2007: 119-120, traducida a su vez de Taylor y Frazer (1981), explica una clasificación de las víctimas en cuanto a la organización en la asistencia en desastres.

**Tabla 2**

**Clasificación de las víctimas**

Victimas primarias	Personas expuestas directamente al suceso catastrófico, sufren el impacto directo de las emergencias o desastres, con pérdidas materiales o daño físico
Victimas secundarias	Familiares y amigos de las víctimas primarias
Victimas terciarias	Víctimas ocultas constituidas por los integrantes de los equipos de primera respuesta (bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, psicólogos, policías, personal de defensa civil, voluntarios y otros)
Victimas de cuarto grado	Personas encargadas del cuidado a la comunidad en las fases de recuperación del desastre
Victimas de quinto grado	Personas afectadas indirectamente, que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación, que podrían presentar reacciones psicológicas adversas
Victimas de sexto grado	Personas que esperan noticias o que están involucradas indirectamente con los afectados, aquellas que no se encontraban en el lugar de los acontecimientos por diferentes motivos

Nota: Adaptado de García et al. 2007: 119-120, traducida a su vez de Taylor y Frazer (1981). p. 119-120

Es fundamental tener en cuenta el alcance de las consecuencias de un desastre, aspecto que ha sido abordado a lo largo de este capítulo con la exposición de los tipos de impacto, social, fisiológico y psicológico y la tipología de las víctimas que el mismo puede tener en las distintas esferas que involucran a los seres humanos y cómo éstas se hallan concatenadas. Se presentan también una variedad de definiciones del término desastre, las mismas que dan cuenta de sus características, además de sus tipos y las fases por las que el mismo atraviesa. Se rescata de este capítulo, la importancia de considerar el desastre, no como un hecho aislado de ocurrencia absolutamente fortuita, sino mas bien, como un factor resultante de la combinación de otros: amenaza, vulnerabilidad, tanto social como psicosocial, y riesgo. Los conglomerados humanos y el contexto espacial, temporal y cultural en que se ubican están atravesados por estos agentes y su incidencia puede verse evidenciada en la ocurrencia de un hecho catastrófico. Pero también, la concreción de los factores antes mencionados en un posible desastre, permite la construcción de planes de acción en cuanto a la prevención y el manejo de los desastres.

## **Capítulo II: Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en el escenario del desastre.**

Para cumplir con los objetivos de este trabajo, los cuales están enfocados en una propuesta de intervención en crisis a manera de Primeros Auxilios Psicológicos, se realizarán algunas conceptualizaciones de aquellos términos y enfoques necesarios para la investigación, analizando los modelos psicológicos que proporcionan bases para trabajar en Primeros Auxilios Psicológicos. Una vez tratado el tema de los desastres, sus tipos, consecuencias e implicaciones en los distintos ámbitos de los individuos y de las poblaciones, corresponde orientar este capítulo mediante aquellos conceptos que se relacionan directamente con la práctica de los Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de desastre, practica base de esta disertación.

Por tanto, se iniciará el trabajo sobre la Teoría de la crisis, que comprende a su vez el concepto y los tipos de crisis, lo que dará paso a entender la intervención en crisis en el escenario del desastre, su importancia y los tipos de intervención en primera y segunda instancia. Una vez presentada la definición de intervención en crisis de primera instancia, es decir, los Primeros Auxilios Psicológicos y las fases de los mismos, se tratarán las definiciones de dos vocablos utilizados en situaciones de crisis, que son, tragedias y emergencias. Finalmente, se presentarán las reacciones y los cuadros psicológicos presentes en situaciones de catástrofe.

De acuerdo con la reseña descrita por la autora Kristi Kanel (2007), es posible describir el desarrollo de la intervención en crisis a lo largo de la historia. La práctica de la intervención en crisis como tal, tuvo inicio en el año de 1944 con Eric Lindemann, quien introdujo un programa de salud mental comunitaria enfocado en intervención en crisis, sus estudios se basaron en las reacciones presentadas por los familiares de las víctimas de un desastre antrópico (incendio) ocurrido en la ciudad de Boston en E.E.U.U. en el año de 1942 (Kanel, 2007: 17). Posteriormente, Lindemann trabajó con Gerarld Caplan y ambos realizaron estudios acerca del impacto causado por situaciones traumáticas en distintos escenarios en el ámbito de la familia. (Kanel, 2007: 17).

En 1960 se inician los estudios y las publicaciones relacionadas con la prevención del suicidio y la intervención en crisis. Entre los años 1970 y 1980 aumenta el nivel de programas psicológicos relacionados con la importancia de la intervención en crisis en las universidades, dando como resultado el incremento de profesionales

de la salud mental, como psicólogos y consejeros. En estos años, se distingue la intervención en crisis, como una práctica de corta duración, al contrario de la psicoterapia a largo plazo. (Kanel, 2007:19). Es finalmente en la década de 1990, que se instituye formalmente la intervención en crisis, en sus dos acepciones de primera instancia (Primeros Auxilios Psicológicos) y segunda instancia como parte de los programas de cuidado de la salud tanto mental como fisiológica. (Kanel, 2007:19) En los últimos años, el desarrollo de la intervención en crisis, tanto en la teoría como en la práctica, se ha incrementado, abarcando temas y escenarios que permiten su aplicación en variadas situaciones, como son los desastres naturales y antrópicos.

## 2.1 Teoría de la Crisis

El marco conceptual de la intervención en crisis presentada en este trabajo, incorpora los principios básicos de la teoría de la crisis, desde el modelo psicológico cognitivo conductual. La especialización de la intervención en crisis está construida sobre un conocimiento básico acerca de la teoría y la práctica de la crisis. (Roberts, 2005). La teoría de la crisis incluye principios comunes que son aplicados por la mayoría de los clínicos e investigadores en intervención en crisis. Desde un punto de vista teórico, corresponde definir la crisis, los sucesos precipitantes de la misma, los tipos de crisis, las fases y estados causados por la misma, sus efectos y el perfil de personalidad (CASIC), propuesto por Karl Slaikeu (1996). La intervención en crisis se compone de dos prácticas, de primera instancia conocida como Primeros Auxilios Psicológicos (sobre la cual se tratara en este capítulo), y otra llamada de segunda instancia.

Albert Roberts (2005), en el texto *Crisis Intervention Handbook. Assessment, Treatment and Research*, define la crisis<sup>3</sup> como: “un periodo de desequilibrio psicológico, experimentado como resultado de un evento o situación amenazante, que constituye un problema significativo y que no puede ser resuelto usando los mecanismos acostumbrados” (Roberts, 2005: 11. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011). El autor además menciona que: “Una crisis ocurre cuando un individuo enfrenta un obstáculo que amenaza su integridad, y sus objetivos vitales, mostrando que los hábitos y patrones antes utilizados, no son suficientes para sobrellevar el estado de

---

<sup>3</sup> El término crisis está relacionado con el estrés, por lo que será realizada una distinción entre ambos. Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés. Durante el estado de crisis las personas suelen estar más abiertas a sugerencias, influencias externas y apoyos. El efecto de crisis puede ser debilitante o de crecimiento, el estrés por otro lado está asociado con ciertas patologías. El estado de crisis es un período relativamente corto (aprox. 6 semanas), mientras que el estrés no considera con esta condición limitante en el tiempo. (Slaikeu, 1996:30).

crisis y sobrepasan la capacidad de respuesta de la persona” (Roberts, 2005: 12. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011).

La definición antes propuesta refleja tres aspectos esenciales de la crisis: 1) un evento precipitante; 2) la percepción de la persona que indica lo estresante del evento; y 3) la falla en los mecanismos de resolución del evento, causando la sensación de que debido al suceso precipitante, el funcionamiento del individuo se encuentra en un nivel menor que antes de ocurrida la crisis. (Kanel, 2007: 2).

De manera concisa, se puede decir que una crisis, al ser un estado temporal de desequilibrio y desorganización, vulnerabilidad y reducción de las defensas, se halla caracterizada principalmente por la percepción y respuesta de la persona ante la situación que ha causado el estado de crisis. Por tanto, la crisis no debe ser definida como el suceso por sí solo, es decir, un desastre ya sea natural o provocado por el hombre debe significar una amenaza para la vida de la persona y de esta forma provocar una crisis, mas no por sí solo.

Una perspectiva cognoscitiva de la crisis propuesta por Slaikeu (1996) en el texto *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*, sugiere el cómo un individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis, en especial cómo el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que produce que la situación sea considerada como crítica. (Slaikeu, 1996: 19). La percepción de la crisis ha sido llamada por el autor como *clave cognoscitiva*, y es muy importante, ya que después de determinar el suceso precipitante, se debe averiguar lo qué este significa para la persona en crisis. La necesidad de identificar la percepción de la víctima acerca de la crisis, es un elemento clave para una efectiva intervención en crisis. (Slaikeu, 1996: 19).

Acorde con el objetivo de esta investigación, la definición de crisis en este capítulo será utilizada como: un estado temporal de desequilibrio, confusión, desesperanza, pánico y tristeza que trae consigo vulnerabilidad y la incapacidad de sobrellevar el evento amenazante utilizando los recursos conocidos. La crisis puede ser considerada como un catalizador que altera antiguos hábitos y evoca nuevas respuestas, por tanto puede dar lugar a un punto de cambio en la vida de las personas afectadas, mostrando el paso de una situación a otra. Estas características de la crisis permitirán una comprensión amplia de la situación, ayudando en la práctica de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Las crisis son períodos de tiempo en los que la característica sobresaliente son los cambios que producen, es un proceso que podría o no resolver un estado de cosas existentes, y al mismo tiempo significa el ingreso a un estado nuevo con sus respectivas consecuencias. Específicamente, la crisis puede ser percibida como una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional; como una pérdida en algún aspecto; o como un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo. Es por esto, que comúnmente el término crisis se encuentra relacionado con peligro y oportunidad, sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfermar, mejorar o empeorar. (Slaikeu, 1996: 4).

La experiencia de crisis ha sido comprendida como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Por un lado, algunos estudios resumen sucesos de la vida que tienen el potencial para precipitar una crisis vital, como el embarazo, matrimonio, enfermedades, migraciones, jubilación, entre otras. Por otro lado, algunos sucesos son tan devastadores que casi siempre son capaces de precipitar una crisis; por ejemplo, la muerte inesperada de un ser querido, secuestros, desastres naturales y antrópicos, guerras, desplazamientos y situaciones de violencia.

A continuación serán expuestos algunas clasificaciones de la crisis según varios autores y basadas en distintos criterios.

Kanel (2007) explica dos tipos de crisis:

- **Crisis de desarrollo:** son consideradas normales, son etapas de transición, muchas veces esperadas por las personas, y pueden tener lugar en alguna fase del desarrollo vital. Estas crisis requieren cambios y ajustes de todos los miembros de la familia. (Kanel, 2007:9). Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas áreas del crecimiento, y cuando se presenta alguna interferencia en la realización de las mismas, podría darse una crisis.
- **Crisis circunstanciales:** surgen cuando eventos extraordinarios y repentinos ocurren, no pueden ser prevenidas, ni controladas por las poblaciones. Algunos ejemplos de estos tipos de crisis son situaciones de crimen, muerte, enfermedad y desastres. Las principales características que diferencian éstas de las crisis del desarrollo son: aparecimiento súbito, son consideradas emergencias, y tienen un impacto potencial en la comunidad. (Kanel, 2007: 10).

Frank S. Pittman III (1987) propone cuatro categorías en las que una crisis puede clasificarse, basadas en el criterio de la tensión<sup>4</sup>. El autor recalca que la mayoría de veces estas crisis no aparecen en forma pura, sino sobrepuestas o en una interacción con otras o con otros factores. (Pittman, 1987: 29).

Las **crisis por desgracias inesperadas**, se presentan cuando un miembro de la familia muere, existen pérdidas materiales importantes, desbalances económicos etc. Son causadas por eventos azarosos del destino, ante los cuales la persona o la familia no tienen la menor injerencia. “Los rasgos más importantes de la desgracia inesperada son que la tensión es obvia y surge claramente de fuerzas ajenas a la familia” (Pittman, 1987: 29). Por otro lado, se encuentran las **crisis de desarrollo**, relacionadas con eventos propios del ciclo vital del individuo, como las transiciones de la niñez a la adolescencia o la jubilación. Su principal característica es que poseen un carácter de universalidad, pero sin embargo, no se pueden prevenir (Pittman, 1987: 32). La tercera categoría que presenta el autor son las **crisis estructurales**, “en las que se exacerban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia” (Pittman, 1987: 37), este tipo de crisis, paradójicamente, aparecen como una fuerza que evita que un cambio tenga lugar en la estructura familiar. Finalmente, Pittman distingue las **crisis de desvalimiento**, que “ocurren en las familias en las que uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes” (Pittman, 1987: 40). El cuidado que pudiera requerir uno de los miembros de la familia, produce una reestructuración en ella y pone en movimiento recursos de diversos tipos, que podrían desgastar a uno o más miembros de ésta.

En el texto *Crisis vitales de la familia y la pareja ¿crisis u oportunidades?* José Antonio Ríos (2005: 19), propone tres tipos de crisis. El primero de ellos, llamado **crisis de desarrollo**, se enfoca en hechos que llevan consigo momentos de transición como el nacimiento, matrimonio, jubilación. Según el autor pueden presentarse también **crisis normativas**, las cuales responden a fases previstas por contraer matrimonio, son normativas porque la viven la mayoría de las personas. Por último presenta las **crisis no normativas**, como hechos inesperados en la mayoría de los casos separaciones, divorcio, enfermedades, entre otras.

En el presente trabajo el enfoque estará del lado de las crisis circunstanciales, ocurridas por desastres naturales y provocados por la acción u omisión del hombre.

---

<sup>4</sup> Una tensión es una fuerza que tiende a distorsionar. Puede definirse de acuerdo con varios parámetros: si es manifiesta u oculta, aislada o habitual, permanente o temporaria, real o imaginaria, universal o específica y se la considera como el producto de fuerzas intrínsecas de la familia o fuerzas extrínsecas que están fuera de su control. (Pittman, 1987: 26)

Se torna necesario distinguir la duración de las crisis, éstas son temporales, tienen una duración limitada, y podrían tomar desde unos pocos días hasta unas pocas semanas (máximo de 6 a 8 semanas) para su resolución. “La resolución de la crisis incluye, además de la restauración del equilibrio, el dominio cognoscitivo de la situación y la adquisición de nuevas destrezas que pueden ser empleadas en el futuro” (Maldonado, 2005:18). El límite de tiempo en la crisis, establece que, no solo el potencial para ganar o perder es muy alto, sino que también las primeras semanas y meses ofrecen oportunidades únicas para influir en la eventual resolución de la crisis. Por tanto, la importancia y la utilidad de la realización de una intervención en crisis eficaz, que conduzca a la mencionada resolución.

El estado de crisis ha sido considerado como un proceso que atraviesa por una serie de etapas. De acuerdo con Slaikeu (1996: 24-26), se experimentan algunas reacciones ante la tensión del suceso precipitante. Cada individuo reaccionará diferente ante un hecho amenazante, sin embargo, el autor estima que éstas son las reacciones comunes.

1. **Desborde emocional:** es la primera reacción emocional, podría estar expresada como llanto, angustia, gritos, desmayos o lamentos. El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.

2. La segunda etapa puede estar caracterizada por la **Negación** o por la **Intrusión**. Tanto la negación como la intrusión son mecanismos defensivos<sup>5</sup> que ayudan a los individuos a sobrellevar la crisis. En la negación hay un amortiguamiento del impacto, puede presentarse como un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó. En la intrusión hay presencia de abundantes ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, imágenes invasivas sobre el evento que se presentan repentinamente.

3. **Translaboración** es la tercera fase, en la cual se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis.

4. La etapa final es conocida como **Terminación**, y conduce a una integración de la crisis en la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado; se ha dado inicio a la reorganización.

---

<sup>5</sup> Los mecanismos defensivos son reacciones ante las frustraciones y los conflictos que tienden a defendernos de la ansiedad. La finalidad de estos mecanismos es eliminar el sufrimiento o atenuarlo lo más posible. (Portuondo, 1980: 31)

Las etapas de la crisis pueden variar dependiendo del evento, los individuos y la población afectada. Es relevante entonces una apropiada intervención en crisis a manera de Primeros Auxilios Psicológicos que permita reconocer las reacciones por las cuales están atravesando los individuos y de esta forma escoger la intervención efectiva. Se puede hablar de tres posibles efectos de la crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento. Como se refirió en párrafos anteriores, las crisis se consideran puntos decisivos de cambio, donde los riesgos son altos y donde los efectos pueden ser físicos y/o psicológicos (Slaikeu, 1996:26). El efecto de la crisis podría dar como resultado su resolución: en la restauración del equilibrio, dominio cognoscitivo de la situación y desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, (cambios de conducta y el uso adecuado de los recursos externos). Es por esto, que se considera importante la tercera etapa de las crisis, ya que es la que da paso a la integración del suceso de crisis en la trama de la vida.

Ventajosamente, la mayoría de las personas podrían experimentar reacciones temporales y recuperarse en pocas semanas o iniciar procesos de afrontamiento de pérdidas normales, es decir, tener un recorrido por las etapas antes mencionadas, desde el Desborde Emocional hasta la Terminación. Otras podrían presentar una recuperación más lenta, y no seguir el proceso de recuperación de las etapas de la crisis, por ejemplo en ocasiones podrían pasar del Desborde emocional a la Negación e intrusión y permanecer en esta etapa. Por último, algunas personas no siguen esta secuencia, no logran elaborar la crisis, y pueden entrar en una dinámica personal y situacional que les haga incapaces de funcionar como lo hacían antes del evento, situación que podría ser exteriorizada en cuadros psicológicos, los mismos que serán tratados posteriormente en este capítulo.

Es importante indicar que, la forma en la que un individuo responda a un suceso precipitante, y consecutivamente elabore la experiencia de crisis, obedece a los recursos personales, materiales y sociales del mismo, y la forma en la que sean utilizados para resolver la crisis.

- **Recursos materiales:** incluyen dinero, refugio, comida, transporte y vestimenta.(Kanel, 2007:7)
- **Recursos personales:** incluyen fortalezas del yo, estrategias utilizadas anteriormente para solucionar situaciones estresantes, ausencia de problemas personales, bienestar en la salud física. (Kanel, 2007:8).

- ✓ Fortaleza del yo: es la habilidad para entender y familiarizarse con el entorno, de manera que la persona pueda satisfacer sus necesidades y lograr sus metas. Usualmente cuando un individuo ha enfrentado crisis anteriores con efectividad, su fortaleza yoica será mayor, al encontrarse frente a una situación conocida. Sin embargo, cuando una persona no ha logrado adaptarse a las situaciones de crisis satisfactoriamente, su fortaleza yoica podría verse disminuida. En estos casos, el asistente en el período de crisis deberá intervenir proporcionando metas y estrategias para solucionar los problemas. Algunos problemas en la personalidad de los afectados podrían influir en la asistencia, como por ejemplo, resistencia a aceptar la ayuda proporcionada. (Kanel, 2007:8).

Es importante mencionar a Bellak (1993) en su texto *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*, ya que proporciona algunas funciones del yo, las mismas que podrían ser evaluadas en situaciones de crisis.

- La primera función llamada *Prueba de Realidad* contiene la distinción entre los estímulos externos e internos, la exactitud de la percepción (orientación tiempo y lugar, e interpretación de los acontecimientos externos).
- La segunda función llamada *Juicio* está compuesta por conciencia de lo adecuado y de las probables consecuencias de la conducta futura.
- *Sentido de Realidad del Mundo y del Sí mismo*, es la tercera función, la cual incluye la medida en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y como parte de un contexto familiar, grado en que el cuerpo, su funcionamiento y la conducta de uno mismo se experimentan como familiares y pertenecientes al individuo.
- La siguiente función, *Regulación y Control de Instintos, Afectos e Impulsos* menciona qué tan directa es la expresión de los impulsos, y la eficacia del control, el grado de tolerancia a la frustración, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.
- La quinta función *Procesos de Pensamiento*, se compone de la adecuación de los procesos que adaptativamente guían y sostienen el pensamiento.

- El *Funcionamiento defensivo* incluye el grado en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptativamente los pensamientos y las conductas, y como estos mecanismos han tenido éxito o han fracasado.
  - *Barrera a los estímulos* es una función que permite distinguir el umbral, sensibilidad o conciencia relacionados con los estímulos que inciden en varias modalidades sensoriales, y la naturaleza de respuesta a dichos estímulos.
  - El *Funcionamiento Autónomo* contiene el grado de inmunidad de los aparatos de la autonomía primaria (trastornos funcionales de vista, audición, intención, lenguaje memoria, aprendizaje o movimiento).
- **Recursos sociales:** están relacionadas con el soporte familiar, de amigos, en el trabajo, y en los estudios. Las personas que tienen varias redes de apoyo en su círculo social son más propensas a resolver de manera positiva la crisis. (Kanel, 2007:8). Los recursos sociales tienen mayor importancia en los desastres, ya que al ser eventos masivos que afectan a comunidades enteras, la ayuda y respaldo sociales deberán llegar desde fuera de la comunidad afectada.

De la misma forma en que los individuos tienen varios recursos para sobrellevar la crisis, se encuentran afectados en algunos ámbitos de su vida, los mismos que pueden encontrarse desorganizados debido al estado de crisis. Slaikeu (1996) considera cinco subsistemas en el individuo que pueden manifestar consecuencias al momento de la crisis. Abreviado como funcionamiento *CASIC* de la personalidad, estos son: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo.

La evaluación de estos componentes en el individuo afectado será útil en el momento de la intervención, ya que permitirá una asistencia eficaz y asertiva. En la siguiente tabla se detallan los cinco componentes *CASIC*.

**Tabla 3**

**Perfil de la Personalidad CASIC**

<b>Modalidad /Sistema</b>	<b>Variables /subsistemas</b>
<b>Conductual</b>	Patrones para el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de suicidio, homicidio o actos agresivos. Métodos habituales para enfrentar el estrés.
<b>Afectivo</b>	Sentimientos sobre cualquiera de las conductas expresadas arriba. Presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros. ¿Los sentimientos son manifiestos o encubiertos?
<b>Somático</b>	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y cualquier otro malestar somático. Estado general de relajamiento/tensión; sensibilidad de los órganos de los sentidos.
<b>Interpersonal</b>	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Potenciales dificultades interpersonales. Número de amigos, frecuencia de contacto, el papel asumido con varios amigos íntimos. Modo en la resolución del conflicto. Estilo interpersonal básico.
<b>Cognoscitivo</b>	Día normal y sueño de noche. Imágenes mentales sobre el pasado, presente y futuro, autoimagen. Objetivos de la vida y razones para su validez. Creencias religiosas, filosofía de la vida. Presencia de cualquiera de las siguientes: sobre generalizaciones, delirios, alucinaciones, dialogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide. Actitudes generales hacia la vida.

Nota: tomado del texto Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. de K. Slaikeu (1996). p. 14.

El modelo de personalidad CASIC se ajusta a los objetivos de esta investigación, ya que su aplicación facilita la intervención, y provee de información necesaria e importante acerca del suceso, y de los individuos. El resultado del empleo de este perfil brinda un mayor conocimiento de la personalidad de los afectados en el momento de ocurrida una crisis. Algunos autores (Bowen, 1975, 1976, 1977. Satir, 1964, 1967, 1972, citado en Slaikeu, 1996: 34) sostienen distintos enfoques para evaluar a los individuos en el momento de una crisis, algunos proponen la observación de diadas e interacciones entre los miembros de la familia, o la relación entre las unidades familiares y generaciones anteriores, con la finalidad de obtener más información acerca de las formas de enfrentar sucesos amenazantes de las familias y organizar de esta forma las intervenciones en estos casos.

Hay algunas estrategias para trabajar el estado crisis, en algunas comunidades son tratadas naturalmente, mientras que en otras, será necesaria la asistencia de instituciones o personal capacitado en este tema con la finalidad de resolver la crisis.

En este capítulo se tratará qué es la intervención en crisis, la misma que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. “La intervención en crisis es un proceso que tiene como fin ayudar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que se pueda atenuar los efectos negativos y se incremente la probabilidad del crecimiento personal, familiar y comunitario”. (Maldonado, 2005: 21).

En base a las experiencias obtenidas tras la ocurrencia de acontecimientos adversos de distinta índole, como guerras, escenarios de violencia o situaciones de catástrofe, terremotos y tsunamis, por las que ha atravesado la humanidad. Han podido ser sistematizadas pautas de acción y respuesta frente a las situaciones de crisis que tales eventos ocasionaron en las personas que fueron afectadas. Las sistematizaciones realizadas han dado lugar a la conformación de modelos, que describen justamente los patrones y estrategias de las actuaciones a realizarse.

Por tanto, la intervención en crisis será definida como: una forma particular de direccionar el manejo del impacto que la situación crítica trae consigo para la persona, persigue el restablecimiento de las funciones y competencias del individuo en pos de sobrellevar los efectos nocivos de la crisis. Es la ayuda que se brinda a los individuos y/o comunidades afectadas inmediatamente después de ocurrido un suceso precipitante.

Los objetivos de la intervención en crisis de acuerdo con Slaikeu (1996: 104-107) y Enrique Parada Torres (2008: 550) son:

- Reducir los efectos debilitantes de la crisis, parar el proceso de deterioro psicológico que caracteriza al estado de crisis.
- Estabilizar el descontrol emocional y afrontar las manifestaciones agudas y de estrés.
- Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.
- Reducir la incidencia de trastornos mentales.
- Asegurar el funcionamiento adaptativo básico y autónomo de la persona, grupo o comunidad.

Debido al carácter de inmediatez de esta práctica, la intervención en crisis deberá realizarse de minutos a horas, hasta días o semanas después de ocurrido el desastre. En muchas ocasiones, estas intervenciones son realizadas en el lugar de la catástrofe o en ambientes comunitarios, como escuelas, iglesias, parques y refugios. (Slaikeu, 1996: 109). En otras palabras, la intervención en crisis, a diferencia de la psicoterapia a largo plazo, no se ubica en un lugar determinado, no tiene un horario fijo, y su distinción más importante es la condición de inmediatez, la misma que obedece a intervenciones cortas. Es por esto, que la intervención en crisis podría ser efectuada por profesionales al frente del desastre como son abogados, clero, maestros, médicos, enfermeras, policías, paramédicos, psicólogos, consejeros, familiares, entre otros.

Dentro del modelo de intervención en crisis propuesto por Karl Slaikeu (1996), se pueden distinguir dos modos principales de intervención, que se caracterizan por las particularidades de las técnicas empleadas y las metas y objetivos que éstos persiguen. Por un lado, se encuentra la *intervención en crisis de primera instancia*, (*Primeros Auxilios Psicológicos*) “que abarca la asistencia inmediata” (Slaikeu, 1996: 17) y por otro la *intervención en crisis de segunda instancia*, o “terapia para la crisis” (Slaikeu, 1996:17). Ambos tipos de intervención se enfocan únicamente en la resolución de la crisis, es decir en el *aquí y el ahora*, no en los estados anteriores o conflictos latentes previos a la precipitación de la crisis, pues su objetivo se encuentra en la resolución de la misma y no el establecimiento de un diagnóstico, ni un trabajo terapéutico sobre el mismo. (Wiger, Harowski, 2003: 4).

Los Primeros Auxilios Psicológicos como la primera intervención en situaciones de crisis, será desarrollado con mayor detalle en el siguiente acápite. El segundo tipo de intervención en crisis propuesto por Slaikeu (1996) es la intervención en crisis de segunda instancia, la misma que “se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración de enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis.”(Slaikeu, 1996:108). La *terapia para crisis*, se halla pues, encauzada hacia el desarrollo y la potencialización de los recursos, las habilidades y las fortalezas de la persona que ha atravesado por un suceso crítico y que éstas sean encaminadas hacia posibilidades de resolución. Es importante recalcar, que este tipo de intervención busca alcanzar sus objetivos en cuanto a la tramitación de la situación de crisis y el impacto que ésta tuvo en la persona, razón por la cual se tratan de terapias breves que buscan restaurar el funcionamiento habitual de la persona o mejorar el mismo.

## 2.2 Definición de PAP

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), o intervención en crisis de primera instancia, es la asistencia brindada a manera de ayuda y respaldo inmediato (minutos a horas) en situaciones de crisis, provocadas por sucesos precipitantes a los individuos y poblaciones afectadas por el evento. (Slaikeu, 1996: 114).

Haciendo un paralelismo con los Primeros Auxilios sanitarios, los Primeros Auxilios Psicológicos están enfocados en las emociones y sentimientos de las personas, es decir, en el vivenciar de los afectados con respecto a la crisis. El nombre de Primeros Auxilios Psicológicos deriva del mencionado anteriormente ya que las dos prácticas son importantes en el momento de ocurrida una catástrofe, son igualmente necesarias para restablecer el funcionamiento de los individuos o comunidades. De la misma manera que los Primeros Auxilios Básicos, que se encargan de atender las lesiones físicas de la persona, los Primeros Auxilios Psicológicos requieren de una preparación cuidadosa por parte del personal encargado de brindar la asistencia, pues se trata del manejo de las reacciones emocionales y de pensamientos de la persona que se halla en estado de crisis.

Greenstone y Leviton (2002) en su texto *Elements of Crisis Intervention. Crisis and How to respond to them*, exponen:

“La intervención en crisis no debe ser considerada como psicoterapia. Es la habilidad en la asistencia para detener el sangrado emocional, de tal forma que permita a los individuos continuar con su vida eficazmente. El interviniente realiza rápidas y acertadas decisiones sobre la víctima y moviliza los recursos necesarios. La intervención en crisis es a la medicina de emergencia lo que una práctica médica es a la psicoterapia”. (Greenstone y Levinton, 2002: 4)

Los autores citados realizan una distinción entre la inmediatez de los PAP y la psicoterapia, recalcando que las intervenciones en primera instancia se encargan del manejo de los problemas en ese momento específico de crisis. Este es un punto importante que debe ser tomado en cuenta por quienes proveen la asistencia en Primeros Auxilios Psicológicos, pues sirve de guía en el direccionamiento de los objetivos que se propone este tipo de intervención.

De acuerdo con lo expuesto por Slaikeu (1996) y Parada Torres (2008), la intervención en crisis de primera instancia es constituida por los llamados *Primeros*

*Auxilios Psicológicos (PAP)*, los mismos que se caracterizan por ser la respuesta inmediata, el primer acercamiento con las personas que se hallan en un estado de crisis. Este tipo de intervenciones, se caracterizan por la inmediatez, pues deben ser realizadas dentro de un lapso de tiempo máximo de 72 horas (3 días) posteriores al suceso crítico, período dentro del cual es necesario identificar las necesidades prioritarias de los afectados. Otra de sus características, es la especificidad de las acciones de respuesta, las mismas que están orientadas a intereses determinados y particulares en relación con el suceso crítico. Finalmente, se enlista la corta duración de las intervenciones o asistencias, las mismas que se enmarcan dentro de un período de minutos u horas. (Slaikau, 1996: 99, 109).

Slaikau (1996) menciona tres submetas importantes que persiguen la intervención en crisis de primera instancia, enmarcadas dentro de las características antes mencionadas y los objetivos generales que la intervención en crisis propone. Éstas son: otorgar apoyo, reducir la mortalidad y enlazar con fuentes de asistencia.

### **1. Otorgar apoyo.**

Esta meta se halla enfocada principalmente en brindar un soporte para la persona que se halla en crisis y ayudarla a sobrellevar la misma. Al respecto, en el texto *Intervención en Crisis, Manual para práctica e investigación*, Slaikau (1996) expone:

Al ayudar a la gente a llevar sobre los hombros parte de la carga, el apoyo se convierte en uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis. De manera concreta, ello significa permitir a la gente hablarnos para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También significa reforzar la firmeza de la gente, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis. (Slaikau, 1996: 114-115).

### **2. Reducir la mortalidad**

El desarrollo de esta meta se relaciona con el bienestar tanto físico como psicológico de la persona que está atravesando por un período crítico. En este sentido, el reducir la mortalidad tiene que ver con la neutralización de las situaciones que actúan como amenaza para la vida y la integridad física y psicológica del individuo y las ponen en riesgo. Consiste en “tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades

destructivas y desactivar la situación” (Slaikeu, 1996: 114-115). De esta manera, se trata de mantener a las personas alejadas de los focos de conflicto o de los ambientes, que generan violencia, pérdidas y dolor, como son los escenarios de guerras, desastres naturales o antrópicos.

### **3. Proporcionar un enlace con fuentes de asistencia.**

Para alcanzar esta meta es necesario evaluar la naturaleza de las necesidades de las personas que atraviesan por una situación de crisis. En este sentido, es aquí donde la remisión y la referencia tienen lugar, éstas pueden ser dirigidas hacia personas o lugares que proveerán una asistencia específica para las necesidades de las personas. De esta manera, las personas pueden ser direccionadas hacia profesionales de la salud física y mental en hospitales, centros especializados o consultas particulares; lugares de asistencia legal o trabajo social, etc. Quienes brindan la asistencia en PAP, están en la obligación de conocer cuáles son las fuentes de asistencia y qué tipo de ayuda es la que prestan, pues es fundamental que la persona sea guiada con precisión, ya que de esto depende su restablecimiento. En este punto, converge también la intervención en crisis de segunda instancia a manera de psicoterapia breve y orientada a la elaboración del suceso crítico. “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 elaboración de la crisis.” (Slaikeu, 1996: 114-115).

La definición de Primeros Auxilios Psicológicos que guiará este trabajo será la siguiente: son el primer contacto con los individuos y poblaciones afectadas en situaciones de crisis, son intervenciones cortas, realizadas inmediatamente después del suceso amenazante, en un lapso de 72 horas, con la finalidad de otorgar apoyo y restablecer a los individuos.

En la mayoría de casos, los Primeros Auxilios Psicológicos son proporcionados por aquellas personas que brindan socorro, como personal de organismos de rescate, paramédicos, voluntarios, etc. Sin embargo, éstas no son las únicas personas que podrían realizar intervenciones de primera instancia. Se debe recordar que no todas las crisis son circunstanciales, sino también de tipo vital o de desarrollo. De esta manera, personas como familiares, maestros y cleros, que laboran en sitios de asistencia social o atienden llamadas telefónicas, pueden proveer también Primeros Auxilios Psicológicos. Dado el carácter primario de estas intervenciones. Los

escenarios más frecuentes en donde éstos son proveídos suelen ser lugares de asistencia pre-hospitalaria, hospitales, albergues escuelas, iglesias, etc. (Slaikeu, 1996: 109).

A manera de síntesis se presenta un cuadro sobre la intervención en crisis y sus tipos.

**Tabla 4**  
**Intervención en crisis**

	<b>Intervención en crisis de primera instancia: Primeros Auxilios Psicológicos</b>	<b>Intervención en crisis de segunda instancia: Terapia para crisis.</b>
<b>¿Por cuánto tiempo?</b>	De minutos a horas	De semanas a meses
<b>¿Por parte de quién?</b>	Padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, entre otros	Psicoterapeutas y orientadores
<b>¿Dónde?</b>	Ambientes comunitarios: hospitales, escuelas, iglesias, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, entre otras	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental
<b>¿Cuáles son las metas?</b>	Restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo, reducir la mortalidad, enlace con fuentes de ayuda	Resolver la crisis, elaborar el incidente de crisis, integrar el incidente a la trama de la vida, establecer la disposición para encarar el futuro
<b>¿Cuál es el procedimiento?</b>	Los 5 componentes de PAP explicados a continuación	Terapia multimodal para crisis

Nota: tomado de tomado de Slaikeu. *INTERVENCIÓN EN CRISIS. Manual para práctica e investigación.* (1996). p. 109.

### 2.3 Fases de PAP

Algunos autores presentan pasos a seguir en la práctica de Primeros Auxilios Psicológicos, a continuación se presentarán algunos modelos. En el texto *Psicología y Emergencia* de Enrique Parada Torres (2008: 552-560), el autor enlista cinco pasos de Primeros Auxilios Psicológicos:

1. Identificación clara de la condición de personal de ayuda.
2. Protección y provisión de seguridad a la persona.
3. Conocimiento y aceptación de la vivencia de la crisis.
4. Afrontamiento de su reacción y las necesidades inmediatas.
5. Restauración de capacidades básicas.

Por otro lado, Roberts (2005) en su texto *Crisis Intervention Handbook. Assessment, Treatment and Research*, propone un Modelo de Intervención en Crisis de siete pasos, a ser utilizado en situaciones de crisis agudas y trastornos agudos de estrés.

1. Planear y llevar a cabo un asesoramiento de la crisis, el mismo que incluye, evaluación de la mortalidad, capacidad para hacer daño a otros o a sí mismo, y necesidades psicosociales inmediatas.

2. Establecer rápidamente una relación de rapport<sup>6</sup>. Realizar contacto psicológico, establecer rapport, mostrar un genuino respeto por el cliente, aceptación, apoyo, y omitir juicios.

3. Identificar problemas mayores, examinar las dimensiones del problema para definir las.

4. Trabajar con los sentimientos y emociones, animar a la persona a explorar sus sentimientos y emociones. Incluye una escucha activa y validación por parte del asistente.

5. Generar y explorar soluciones. Asesorar en las alternativas para sobrellevar la crisis.

6. Formular y desarrollar un plan de acción. Restaurar el nivel cognitivo de funcionamiento por medio de un plan concreto.

7. Establecer un plan de acuerdo y seguimiento, que consiste en dejar el espacio para recontactar con el asistente y realizar sesiones de emergencia de 3 a 6 semanas después de ocurrido el evento. (Roberts, 2005: 39. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011)

El modelo ABC de Intervención en Crisis, es un método para realizar intervenciones psicológicas cortas con personas cuyo nivel de funcionamiento ha disminuido debido a un estresor psicosocial, como pueden ser las crisis circunstanciales y de desarrollo. Este modelo tiene 3 pasos específicos que pueden adaptarse a la situación de crisis y a la persona que realice la intervención (Kanel, 2007: 46)

---

<sup>6</sup> Se dice que en una relación entre dos o más personas hay *rapport* cuando sus pensamientos o sentimientos armonizan entre sí o cuando presentan una serie de puntos de vista compartidos. Bruno, Frank. J. 1997

**A:** *Desarrollar y mantener una relación de confianza y rapport*, que incluye prestar atención al comportamiento verbal y no verbal, realizar preguntas, utilizar técnicas como parafraseo, resumir, entre otras.

**B:** *Identificar el problema*, que contiene identificar el evento precipitante, reconocer el significado y/o percepción de la situación precipitante, identificar el nivel de funcionamiento de la persona en ese momento, realizar chequeos éticos y problemas por abusos de sustancias.

**C:** *Afrontamiento*, que incluye explorar las alternativas que tiene la persona en ese momento, reforzar el desarrollo de comportamiento para lidiar con la situación de crisis, presentar nuevas alternativas de comportamiento, seguimiento y acuerdo para recontactar. (Kanel, 2007: 46-68 Traducido por Natalia Valdivieso, 2011).

Guilliand (1982) propuso un modelo de intervención en crisis enfocado en encontrar la solución del problema ocasionado por la situación crítica. Es un proceso de seis pasos dividido en dos actividades: Escuchar (pasos 1-3) y Actuar (pasos 4-6). Los primeros tres pasos consisten en: 1) Definir el problema; 2) Asegurar la seguridad del cliente; 3) Proporcionar apoyo. Los tres últimos pasos están enfocados en: 4) Examinar las alternativas para solucionar los problemas; 5) Realizar planes; y 6) Obtener un compromiso por parte de los afectados. (Wiger & Harowski, 2003: 71-73. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011).

En algunos textos relacionados con la intervención en situaciones de crisis, autores como Everstine & Everstine (2000) proponen enfocar los Primeros Auxilios Psicológicos en la comunicación con las personas afectadas y omiten las fases de la intervención, explican los objetivos y las metas de la intervención mas no especifican procedimientos concretos. Otros autores, como San Juan (2001) y Beristaín (2004) también proponen otros métodos de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos, con un enfoque basado en psicología social. Beristaín (2004: 241,242) presenta un modelo de *Apoyo Psicosocial en las catástrofes* con nueve pasos a ser desarrollados después de una catástrofe; San Juan (2001: 177-184) enlista una serie de acciones a seguir como por ejemplo, apoyo y escucha, ayudar a enfrentar lo sucedido, comprender las reacciones emocionales, entre otras.

Se puede conceptualizar el proceso de PAP basándonos en elementos clave que presentan modelos de entrenamiento, representativos en la intervención en crisis. Slaikeu (1996) propone *Cinco Componentes en los Primeros Auxilios Psicológicos*, y explica que el elemento en común de estos componentes, es un modelo básico

enfocado a tratar el problema y buscar su resolución, problemas que se erigen a la luz de las emociones intensas de las situaciones de crisis. Por tanto, surge un enfoque de cinco pasos: Realizar un contacto psicológico; Analizar las dimensiones del problema; Sondear posibles soluciones; Asistir en la ejecución de acciones concretas; Seguimientos para verificar el proceso.

El modelo de cinco pasos propuesto por Slaikeu (1996) se ajusta con el objetivo de esta disertación ya que propone una intervención corta, concreta y adecuada. Además de adaptarse a los distintos asistentes quienes intervienen en crisis, su aplicación no requiere previos conocimientos en Psicología, lo que representa una ventaja con relación a los modelos antes mencionados, y facilita su difusión. Además se enfoca específicamente a las víctimas directas de las crisis, simplifica su ejecución y aprendizaje.

### **1. Realizar contacto psicológico**

Este componente se define como la empatía con los sentimientos de la persona que se encuentra en crisis, el escuchar de modo empático, comprensivo y paciente es básico en el momento de cualquier asistencia. La tarea principal del asistente es escuchar como el individuo visualiza la situación y se comunica al respecto. El contacto psicológico no siempre se realiza con intervenciones verbales, algunas veces el contacto físico, no verbal es más efectivo. (Slaikeu, 1996: 115, 116,117).

### **2. Examen de las dimensiones del problema:**

Este paso implica la evaluación del problema en tres momentos: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El objetivo principal de este segundo paso es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona, dentro de dos categorías: 1) conflictos que necesitan atención inmediata, y 2) problemas que pueden ser resueltos y manejados posteriormente. (Slaikeu, 1996: 118, 119).

### **3. Análisis de posibles soluciones:**

Involucra la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas en el paso 2. Es importante intervenir en algunos afectados para considerar la idea de que existen posibles soluciones y la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de dichas soluciones. Por último, debe existir un acuerdo

entre el asistente y el individuo acerca de las soluciones escogidas. (Slaikeu, 1996: 120, 121)

#### **4. Ejecución de la acción concreta:**

Este paso supone ayudar a la persona a realizar alguna acción concreta para manejar la crisis. “No es más que dar el mejor paso próximo dada la situación” (Slaikeu, 1996). Es importante recordar que se busca que el individuo realice tanto como sea capaz de hacer. En este paso, es importante mencionar algunas pautas referentes a lo legal y ético de la intervención como las siguientes: cualquier acción del asistente debe realizarse dentro de las leyes existentes, de su país o región, si las hubiere con respecto a intervención en PAP. La confidencialidad es de suma importancia en estas intervenciones. Las intervenciones de control (presentadas cuando la vida de la persona está en riesgo), ocurren solo después de que todo lo demás se ha ubicado como deficiente. (Slaikeu, 1996: 122, 125, 126).

#### **5. Seguimiento:**

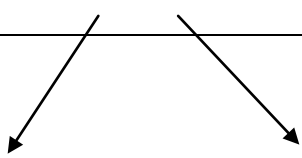
En este último paso se enlaza la información con un procedimiento que permita el seguimiento de la persona para verificar el proceso. El objetivo de este paso es completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas del PAP, a saber las fuentes de apoyo, reducción de la mortalidad y contacto con las fuentes de apoyo. (Slaikeu, 1996: 127).

A manera de síntesis en la Tabla 5 se presentan:

- Los cinco pasos o etapas de los Primeros Auxilios Psicológicos de acuerdo con el modelo de Slaikeu.
- El comportamiento del asistente en cada paso, es decir, lo que el asistente podría hacer en cada una de las fases de intervención.
- Los objetivos de cada paso.

**Tabla 5**

**Cinco componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos**

Componentes	Comportamiento del asistente	Objetivo
<b>1. Realizar contacto psicológico</b>	Invitar al paciente a hablar; Escuchar los hechos y sentimientos Sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos Efectuar declaraciones empáticas; Mostrar interés por comunicarse Tocar/abrazar de manera física; Dar "control calmante" a una situación intensa	Que el individuo se sienta comprendido, aceptado y apoyado  Reducir la intensidad del aturdimiento emocional  Reactivación de las capacidades de resolución de problemas
<b>2. Examinar las dimensiones del problema</b>	Indagar acerca de: pasado inmediato, el incidente que precipito la crisis, funcionamiento CASIC (fortalezas, debilidades) presente, funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades), recursos personales (internos), recursos sociales (externos); mortalidad futuro inmediato, decisiones inminentes (para esta noche, fin de semana, próximos días)	Orden jurídico:  a) Necesidades inmediatas  b) Necesidades posteriores
<b>3. Analizar posibles soluciones</b>	Preguntar qué es lo que la persona ha intentado hacer hasta ahora. Examinar que es lo que puede o podría realizar en ese momento. Proponer nuevas alternativas: nuevo comportamiento del paciente, redefinición del problema, asistencia externa, cambio ambiental	Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores
<b>4. Asistir en la ejecución de acciones concretas</b>	El comportamiento del asistente tiene dos variantes:	Ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas
Si: a) la mortalidad es baja y b) si la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces: Actitud facilitadora: "Hablamos"; "tú actúas"; y se realiza un contrato verbal para actuar entre el asistente y el afectado. Los rangos de acción van desde escuchar de modo activo hasta dar consejos		<b>Si: a) La mortalidad es alta o b) la persona no es capaz de actuar en su beneficio, entonces:</b> Actitud directiva: "hablamos"; "yo puedo actuar en tu beneficio"; y el contrato para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios. Los rangos de acción van desde la movilización activa de recursos hasta el control de la situación
<b>5. Seguimiento</b>	Asegurar la identificación de información, examinar los posibles procedimientos para el seguimiento y establecer un convenio para recontactar	Asegurarse de la retroalimentación en las 3 submetas de los PAP: Apoyo recibido, reducción de la mortalidad, culminación del enlace con otros recursos  Poner en movimiento la siguiente fase: Soluciones posteriores: Si a) las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó, y si b) se realizó el enlace para las necesidades inmediatas

Nota: tomado de Slaikeu *INTERVENCION EN CRISIS. Manual para práctica e investigación.* (1996).p.116-117.

## 2.4 Tragedias y Emergencias

Debido a las amplias acepciones de estos términos, ya sean individual o colectivamente, es necesario brindar una definición acorde con el objetivo de este trabajo. Por lo cual, a continuación, se presenta la definición de La Real Academia de la Lengua Española (2001) para el término emergencia como “2. f. Suceso, accidente que sobreviene. y 3. f. Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2001). Ambas acepciones enmarcan la definición de emergencia como un acontecimiento de carácter sorpresivo, caracterizado además por la inminente peligrosidad que éste podría conllevar.

La Organización Panamericana de la Salud, propone una definición más amplia y a la vez específica sobre aquello que constituye una emergencia: “Se define como la alteración en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causada por sucesos naturales, generadas por la actividad humana o por la combinación de ambos, cuyas acciones de respuesta pueden ser manejadas con los recursos localmente disponible.” (OPS, Recuperado de <http://www.disaster-info.net/planeamiento/files/AyudasVisuales/PPTs/AyudasLeccion1.ppt#266,5,EMERGENCI>)

La Real Academia de la Lengua Española define al término tragedia como “5. f. Suceso de la vida real capaz de suscitar emociones trágicas” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2001). En este sentido, una tragedia no constituye necesariamente una amenaza para la persona que lo vivencia, ni tampoco está sujeto al carácter sorpresivo de la ocurrencia del evento, pero sí tiene la capacidad de suscitar emociones fuertes en el individuo que la experimenta.

Todos o la mayoría de los individuos enfrentamos el impacto de situaciones trágicas, inesperadas y desestabilizantes. La mayoría de las veces se logra aminorar el desequilibrio o tensión causado por tales eventos recurriendo a estrategias nuevas o acostumbradas. Por tanto, es importante no confundir una crisis con una tragedia o una emergencia, en la mayoría de los casos todas las personas encaran problemas de diversa índole, sin que estos los lleven necesariamente a una crisis.

En el texto *Crisis, pérdidas y consolación*, Maldonado (2005), realiza una distinción entre tragedias y emergencias, como sigue: “Una tragedia es un acontecimiento desafortunado, más bien externo, que afecta a las personas de

manera diversa, y no conduce necesariamente a una crisis o deriva de ella” (Maldonado, 2005: 15). Las tragedias pueden considerarse entonces como situaciones desligadas del estado de crisis, sin embargo pueden encontrarse dentro de los sucesos precipitantes de la misma. El autor sigue, “Por otro lado, una emergencia es un estado subjetivo que crea la sensación de que uno necesita ayuda externa inmediata para volver al equilibrio anterior o poner fin a los cambios” (Maldonado, 2005: 15). Es importante mencionar que, el significado de estos sucesos cobra importancia por la percepción y respuesta de la persona, lo que para una persona podría significar una emergencia, no lo es para otra.

En el contexto de aquello que se ha venido tratando, una situación de emergencia, en contraposición a una situación de desastre, se distingue justamente por la disposición y el manejo de las acciones de respuesta. En una situación emergente, las capacidades y recursos internos y externos de una población abastecen las necesidades que surgen en la misma tras la ocurrencia de un evento desorganizante. Cuando las capacidades y los recursos no son suficientes para hacer frente a las necesidades fomentadas por los efectos desestructurantes del evento adverso y éstas exceden en gran medida a las acciones de respuesta, la situación se vuelca en un desastre.

Por lo dicho anteriormente, los términos, tragedia y emergencia han sido relacionados con el de crisis, debido a su carácter inesperado y desequilibrante, mas no deben ser confundidos con el estado de crisis, ya que tanto las tragedias como las emergencias podrían estar consideradas como hechos precipitantes de una crisis. Por causa del elemento sorpresa de estas situaciones, las reacciones emocionales en los estados iniciales de las tragedias o emergencias, pueden ser similares a aquellas expresadas en el estado de crisis.

## **2.5 Cuadros Psicológicos en situaciones de crisis**

El impacto psicológico causado por desastres naturales o antrópicos, o a su vez por eventos amenazantes, tiene un espectro amplio de diversas reacciones y en algunos casos patologías<sup>7</sup>. La respuesta en el estado de crisis es una reacción normal frente a una situación anormal, las reacciones que las personas pueden manifestar ante la situación crítica no son necesariamente patológicas. En este acápite, se expondrán algunas reacciones comunes en el estado de crisis, individuales y colectivas, el Trastorno por Estrés Agudo y el Síndrome de Estrés Postraumático.

---

<sup>7</sup> Patología: malestar, enfermedad y/o dolencia que padece una persona en un momento determinado.

Muchas veces, situaciones extremas despiertan reacciones llamativas en las comunidades afectadas, sean estas individuales o colectivas. Estas manifestaciones pueden ir desde acciones adaptativas ante el evento, hasta reacciones de pánico generalizado, huida, violencia y agitación desordenada. Se considera que cada persona manifestará reacciones distintas, dentro de su subjetividad y de la percepción que tenga del desastre. No obstante, la singularidad de las respuestas individuales, se expresarán integradas en un contexto de reacciones colectivas, que pueden ser recurrentes y en ocasiones, indiferentes del tipo de suceso, es decir, cualquier evento amenazante puede causar este tipo de reacciones. (Benyakar, 2006:129,130).

Reacciones individuales: por un lado se presenta un comportamiento adaptado frente al evento amenazante, que abarca: evaluar el peligro resultante, calcular las consecuencias de las decisiones a realizarse y por último tomar acciones y efectuarlas en el momento preciso de forma conveniente con la situación. (Benyakar, 2006: 130). Por otro lado, está el comportamiento inadaptado, Benyakar (2006) define éste en oposición al adaptado, ya que se expresa en un *comportamiento emocional distorsionante*, concretado por el factor sorpresa. Algunas reacciones individuales podrían ser: agitación psicomotriz, conductas agresivas hacia otros o hacia sí mismo (incluidas actitudes suicidas), o actitud estuporosa, el criterio de realidad no se ve comprometido. Wainrib (2000: 35) define que las reacciones a nivel psicológico podrían ser: shock, negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud.

Reacciones colectivas: en general, las reacciones comunitarias presentes en situaciones de catástrofe son adaptadas, se observa una organización comunitaria importante, que permite tomar acciones útiles para sobrellevar la crisis. En las comunidades los individuos crean o mantienen jerarquías y roles que les permiten trabajar en cooperación y solidaridad frente al suceso amenazante. (Benyakar, 2006: 133,134). Los comportamientos colectivos inadaptados como pánico generalizado, suelen ocurrir en situaciones de escasa integración social, ausencia de jerarquía, confusión de roles y desorganización del trabajo. Sin embargo la reacción inadaptada dura pocas horas y coincide con la evacuación del lugar catastrófico. La calma se restablece rápidamente, una vez que los equipos de socorro brindan asistencia, ayudando a la población a enfrentar el suceso y a permanecer en el lugar del desastre. (Benyakar, 2006: 133,134).

Las reacciones o cuadros psicológicos desplegados en situaciones de catástrofe cobran importancia para su diagnóstico, por la forma en que se vive y

tramita la experiencia. Tienen más relevancia la intensidad con la que se vive la sorpresa, los sentimientos de fragilidad, de desamparo y de vulnerabilidad extrema al peligro, que el hecho por sí mismo. Por tanto, hace algunos años, distintos autores como Roberts (2005), Dattilio y Freeman (2010), Benyakar (2006), entre otros, han considerado los criterios para determinar el Síndrome de Estrés Posttraumático detallado por el DSM IV, y CIE 10, como incompletos; no obstante algunos clínicos de la intervención en crisis siguen usando esta clasificación en ausencia de una categorización más apropiada.

Con el objetivo de realizar distinciones en el diagnóstico de las categorías patológicas que se presentan en el estado de crisis, se distinguirá el concepto de estrés en contraste con el de trastorno, lo que permitirá realizar aportes acerca de reacciones adaptadas e inadaptadas en el escenario de una catástrofe. El término estrés ha sido definido por Roberts (2005) como: “cualquier estímulo, estado interno, situación, o evento con una reacción individual observable, usualmente como una forma de adaptación positiva o negativa frente a una nueva o distinta situación en el entorno de la persona. (Roberts, 2005: 91. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011). El autor además expone que “[...] Los agentes estresores son eventos diarios como disgustos comunes, presiones en el hogar y en el trabajo, discordia y conflicto en las relaciones de pareja, emergencias, accidentes vehiculares, enfermedades y lesiones”. (Roberts, 2005: 91 Traducido por Natalia Valdivieso, 2011).

Otros autores como José Carlos Mingote y Santiago Pérez García (2003), exponen tres aspectos del término estrés, mencionando que puede considerarse como un estímulo estresante (privación de sueño, sobrecarga de trabajo, etc), como una respuesta fisiológica (elevación de la tensión arterial, etc), o como una relación interpersonal estresante (conflictos familiares, en el trabajo, vida social, mala comunicación, etc.) (Mingote Adán & Pérez García, 2002: 5).

De acuerdo con Jean Benjamin (2000), en el texto *El Estrés*, se presentan algunas acepciones de la palabra estrés, una de estas se refiere al estrés como el resultado de la acción de un agente físico y/o psicológico, llamado “estresor”<sup>8</sup>, y las consecuencias biológicas y psíquicas sobre la salud de las personas. (Benjamin, 2000: 6).

Por lo dicho anteriormente, se puede mencionar que el estrés puede ser generado por eventos casuales de la rutina, y no necesariamente está vinculado con la

---

<sup>8</sup> En 1936 Hans Selye en sus investigaciones sobre el estrés denominó a los factores propios de este término como estresores. Los mismos que pueden expresarse en el estrés como en el eustres.

aparición de un cuadro patológico, incluso es parte de las reacciones adaptativas del individuo ante cambios en su ambiente. Es importante mencionar que una situación crítica involucra una cantidad de estrés, sin embargo no en todos los casos el estrés desemboca en una situación crítica. (Wiger & Harowski, 2003: 26).

Los autores Donald E. Wiger & Kathy J. Harowski (2003), contraponen el término *distrés* como los efectos psicológicos de un agente estresor actual, en los cuales se enfoca la intervención en crisis; con el término *trastorno*, percibido como una condición mental crónica que puede resultar de la exposición ante un agente estresor exacerbado, en el cual se enfoca la psicoterapia tradicional. Los autores continúan explicando que mientras mayor es el nivel de *distrés* al cual está sometida una persona, mayor es también la posibilidad de que el individuo desarrolle un trastorno.

En el año 2003, el DSM proporcionó una clasificación que abarca las reacciones presentadas después de catástrofes del tipo que fueran, con una duración de tiempo de un mes máximo, como *Trastorno por Estrés Agudo*. Roberts (2005) toma aquello propuesto por la APA (2000) para definir este trastorno como: “El desarrollo de síntomas característicos de ansiedad, disociación y otros, que ocurren dentro de un mes posterior a la exposición ante un agente estresor extremadamente traumático” (Roberts, 2005: 95. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011). Si los síntomas se mantienen por más de un mes, después de ocurrido el evento amenazante, el diagnóstico varía por el de *Trastorno por Estrés Postraumático*. Roberts (2005) toma aquello propuesto por la APA (2000) para definir este síndrome como: “un conjunto de síntomas típicos que se desarrollan después de que una persona es testigo de, está involucrada en, o escucha sobre ‘un agente estresor extremadamente traumático’, incluye un trastorno mental agudo, crónico, desfasado, debilitante y complejo”. (Roberts, 2005: 97. Traducido por Natalia Valdivieso, 2011).

Los autores Domingo Muñoz Arteaga & Luis Silva García (2006: 124) resumen las características del Trastorno por Estrés Postraumático como sigue:

Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños, sensación de “embotamiento emocional”, de desapego de los demás, hostilidad, abandono de creencias previas, de falta de capacidad de respuesta al medio y de evitación de actividades y situaciones que sugieren el evento amenazante. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad. Por lo general, se presenta hiperactividad, hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas pueden

acompañarse de ansiedad y depresión y en algunos casos ideaciones suicidas, sentimientos de culpa y administración de sustancias.

En la Tabla 6 se presentan el tiempo de duración, las reacciones, y el tipo de intervención en situaciones de desastre

**Tabla 6**  
**Cuadros Psicológicos en situaciones de crisis**

<i>Cuadros Psicológicos</i>	<b>Trastorno por Estrés Agudo</b>	<b>Síndrome de Estrés Postraumático</b>
<i>Tiempo de duración</i>	De 2 a 4 semanas después de ocurrido el suceso	Después de un mes de ocurrido el suceso. <i>Agudo</i> : hasta 3 meses <i>Crónico</i> : síntomas se prolongan 3 meses o más <i>Demorado</i> : síntomas persisten 6 meses o más
<i>Reacciones psicológicas</i>	En el DSM considerado dentro de los Trastornos de Ansiedad  <u>Síntomas disociativos</u> : entumecimiento, reducción de la conciencia del entorno, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa, flashback, pensamientos intrusivos  Reviviscencias persistentes, marcada evitación de estímulos relacionados con el evento, marcada ansiedad  Deterioro de la sensibilidad emocional, dificultad de encontrar satisfacción en actividades que antes se disfrutaba  Desesperación, culpa, inutilidad, conductas impulsivas y arriesgadas	<u>Tipo Híper arousal</u> : alerta permanente, irritabilidad, dificultades al conciliar y mantener el sueño, pesadillas, híper vigilancia, híper alerta, quejas somáticas, híper sensibilidad al ruido  <u>Tipo Intrusión</u> : recurrencia o tendencia a revivir el evento como si fuera real, sensación de estancamiento, detalles mínimos evocan evento adverso, tendencia a pesadillas y sueños recurrentes, hostilidad frente a pensamientos intrusivos, miedo, desamparo y ansiedad  <u>Tipo limitación</u> : disminución de las habilidades de auto conservación, sentimiento de descontrol e impotencia, indiferencia, aislamiento, incapacidad para tomar decisiones, síntomas disociativos, desesperanza, pesimismo acerca del futuro
<i>Tipo de intervención</i>	<b>Intervención en Crisis de primera instancia: Primeros Auxilios Psicológicos</b>	<b>Intervención en crisis de segunda instancia</b>

Nota: tomado de "A Guide to Crisis Intervention" Kanel, Kristi (2007), p.162. "Crisis Intervention Handbook" Roberts Albert (2005), p. 95, 97. "El yo atormentado". Van der Hart, Onno (2008), p. 182-185. "Essentials of Crisis Counseling and Intervention". Wiger Donald E & Harowski Kathy J. (2003), p. 43-49.

Como ha sido expuesto a lo largo del desarrollo de este capítulo, las situaciones de crisis son eventos de tipo estacional que exceden las capacidades de respuesta de los individuos para hacer frente a la situación y por lo tanto se tornan desequilibrantes. Con el objetivo de direccionar o de dar pautas que sirvan de guía para que las personas se acerquen a una adecuada tramitación de la crisis, se han propuesto modelos de intervención, los mismos que buscan el restablecimiento de las

funciones y la productividad de los individuos. Además de la psicoterapia que propone estrategias para la elaboración de la crisis, o intervención en crisis de segunda instancia, se encuentran los Primeros Auxilios Psicológicos, o intervención en crisis de primera instancia, cuestión que guía este capítulo; pues constituye el paso primordial dentro del proceso de translaboración de la crisis. Los modelos de intervención en crisis de primera instancia que han sido presentados, contienen metas, características, principios y modelos en los que se basa su aplicación en situaciones prácticas. De igual manera, con el objeto de alcanzar un abordaje práctico y abarcativo, se han incorporado conceptos claves como el estrés y los cuadros clínicos que pueden surgir como resultado de la vivencia de eventos adversos que han provocado estados de crisis. A lo largo del desarrollo de este trabajo, se ha recalcado la importancia de la preparación de las personas que actúan como intervinientes y se encargan de brindar la asistencia a las víctimas en distintos escenarios.

### Capítulo III: Análisis del tipo de intervención que realizan los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana Programa de Salud y Desarrollo Comunitario en lo referente a la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en la asistencia en desastres.

Al ser uno de los objetivos de esta investigación, conocer las formas de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos que el personal de la Cruz Roja Ecuatoriana utiliza, se escogió como herramienta de evaluación encuestas con preguntas abiertas y cerradas. Además se realizó una revisión bibliográfica de los textos empleados como referencia para la capacitación de los intervinientes. La información obtenida permitirá la elaboración de un protocolo de lineamientos psicológicos que contribuya a la mejora de la intervención en Primeros Auxilios Psicológicos. De esta manera, los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana obtendrán una herramienta útil que les permitirá asistir efectivamente en situaciones de crisis.

#### 3.1 Metodología de investigación

La metodología utilizada fue la siguiente:

**Tabla 7**  
**Metodología**

HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA / TÉCNICAS
Voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana, manejan y conocen algunas fases para asistir en Primeros Auxilios Psicológicos	Voluntarios/Personal rentado de Cruz Roja Ecuatoriana Programa Nacional de Salud y Desarrollo Comunitario	Ser voluntario/personal rentado convocado para ser parte del Equipo Nacional de Intervención (ENI) especializado en Apoyo Psicosocial por el Programa de Salud y Desarrollo Comunitario de la Cruz Roja	Solicitud de la convocatoria para la conformación de un Equipo Nacional de Intervención (ENI) especializado en Apoyo Psicosocial
	Manejo de las fases de Primeros Auxilios Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de las fases de PAP</li> <li>- Realización del contacto psicológico.</li> <li>- Análisis de las dimensiones del problema.</li> <li>- Exploración de las posibles soluciones.</li> <li>- Ejecución de seguimiento para verificar el proceso</li> </ul>	Encuestas por contenido Revisión bibliográfica de manuales y análisis de planes de acción utilizados para la asistencia en desastres

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso.

Una vez determinada la hipótesis de esta investigación se procedió a realizar un acercamiento y sensibilizar al personal de la Cruz Roja Ecuatoriana acerca del tema de disertación. El siguiente paso en la labor fue la preparación de un cronograma de actividades en el cual se detallaron las acciones que se realizarían con los voluntarios/personal rentado convocados a los talleres acerca de Primeros Auxilios Psicológicos. Los talleres se llevaron a cabo en las cuatro zonas en las que está dividido el país según la organización de Cruz Roja Ecuatoriana, de la siguiente manera: Zona 1: Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Orellana, Sucumbíos. Zona 2: Galápagos, Guayas, Los Ríos, Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas y Santa Elena. Zona 3: Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Tungurahua, Pichincha, Napo y Pastaza. Zona 4: Azuay, Cañar, El Oro, Loja, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. El contenido de los talleres impartidos, consta en el Anexo 5, a manera de diapositivas. Es importante mencionar que en estos talleres se recopiló información a manera de encuestas, presentadas a todos los asistentes.

De acuerdo con la metodología que guía este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de aquellos textos que se utilizan como herramienta en Cruz Roja Ecuatoriana para la capacitación de su personal de intervención. Dicha institución, como miembro de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, tiene acceso a las producciones bibliográficas que dicha federación edita. Respecto a los Primeros Auxilios Psicológicos, la Cruz Roja Ecuatoriana cuenta con un manual especializado en *Primeros Auxilios Psicológicos*, producido por el Centro Regional de Referencia en Educación Comunitaria e impreso en Costa Rica, un manual de *Gestión de Riesgos y Preparación para desastres* producido por la Cruz Roja Ecuatoriana y un díptico denominado *Primeros Auxilios Psicológicos, Escucha activa y Autocuidado del Voluntario*. El análisis de estos manuales será realizado más adelante en el acápite correspondiente a los resultados de esta investigación.

### **3.1.1 Población**

La población con la que se trabajó estuvo conformada por 90 personas que correspondían a delegaciones de cada una de las Juntas Provinciales del país. Cabe señalar que, cada Junta Provincial tiene autonomía de la sede central de la institución, lo que significa que la decisión de enviar voluntarios convocados para dichas capacitaciones es enteramente de la Junta Provincial a la que pertenezcan los mismos. Por esta razón, algunos voluntarios convocados estuvieron ausentes en estos talleres. Dado el carácter de esta disertación, no se tomaron muestras de la población, por el contrario las actividades se ejecutaron con todas las personas asistentes a las

capacitaciones, es decir, la información obtenida en las encuestas corresponde a la totalidad de la población.

## **3.2 Acciones de los voluntarios en desastres**

Para iniciar el análisis de este acápite es necesario recordar la interrogante que dio lugar a esta disertación: ¿Cómo se están realizando los Primeros Auxilios Psicológicos ante desastres por parte de los voluntarios del Programa Salud y Desarrollo Comunitario de la Cruz Roja Ecuatoriana?, mediante esta pregunta se conducirá la observación de los métodos y técnicas utilizados por voluntarios en Primeros Auxilios Psicológicos. Es importante mencionar que, para cumplir con el objetivo general de esta disertación, es fundamental conocer y sistematizar las formas de intervención de Primeros Auxilios Psicológicos en desastres utilizados por voluntarios. Los resultados obtenidos serán presentados en el siguiente orden: se iniciará con el análisis de los resultados de las encuestas aplicadas a los voluntarios de la CRE durante los talleres dictados y posteriormente se realizará una revisión bibliográfica de los textos empleados en Cruz Roja Ecuatoriana referentes al tema de Primeros Auxilios Psicológicos.

### **3.2.1 Resultados de encuestas**

A continuación se presenta el análisis por pregunta de la herramienta de evaluación, para lo cual se seguirá con el mismo orden de las preguntas contenidas en la encuesta, la misma que se encuentra en el Anexo 2. Con motivos explicativos, el análisis de los datos obtenidos en la encuesta será presentado en dos partes: 3.3 Acciones de los voluntarios en desastres y 3.4 Etapas en las acciones de Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de emergencia.

#### **1. Caracterización de la población**

Tal como se indicó previamente, la población con la que se trabajó estuvo conformada por 90 personas. A continuación, se presentan las tablas donde se indican las características de la población en cuestión.

**Tabla 8**  
**Caracterización de la población por sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	44	48,9%
<b>Masculino</b>	46	51,1%
<b>Total</b>	90	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

Como se puede observar, 44 de los 90 (48,9%) individuos pertenecen al sexo femenino y 46 (51,1%) al masculino. La población se halla distribuida recíprocamente entre ambos sexos.

**Tabla 9**  
**Caracterización de la población por edad**

<b>Edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>15 – 25</b>	51	56,7%
<b>26 – 35</b>	26	28,9%
<b>36 – 45</b>	8	8,9%
<b>46 – 55</b>	5	5,6%
<b>Total</b>	90	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

La población fue clasificada en cuatro grupos de edades con un intervalo de 10 años cada uno; se puede observar que el 56,7% de la población se encuentra en un rango de edad de 15 a 25 años, el 28,9% de ellos tiene entre 26 y 35 años. En menor porcentaje están aquellos individuos que tienen entre 36 y 45 años con un 8,9% y un 5,6% corresponde a quienes tienen entre 46 y 55 años de edad. Se puede concluir que un 85,6% de la población con la que se trabajó está por debajo de los 35 años, caracterizándose por ser mayormente joven.

**Tabla 10****Caracterización de la población por el tipo de vinculación con la institución**

Tipo de vinculación a la institución	Frecuencia	Porcentaje
Voluntario	73	81,1%
Personal rentado	11	12,2%
Voluntario y persona rentado	6	6,7%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En la Tabla 10, se muestra la caracterización de la población según el tipo de vinculación con la institución, el grupo con el que se trabajó estuvo conformado por 90 asistentes, siendo el 81,1% de ellos voluntarios de la institución, el 12,2% de los asistentes laboran como personal rentado y un 6,7% de los asistentes prestan sus servicios a la Cruz Roja Ecuatoriana como voluntarios y personal rentado.

**Tabla 11****Caracterización de la población por la cantidad de sujetos por zona y tiempo de permanencia en la institución**

Tiempo de permanencia		Esmeraldas	Cuenca	Guayaquil	Quito	Total
Menos de un año	Frec	8	1	7	8	24
	%	8,8	1,1	7,7	8,8	26,6
1 – 3 años	Frec	12	4	9	7	32
	%	13,3	4,4	10	7,7	35,6
3 - 6 años	Frec	7	5	4	5	21
	%	7,7	5,5	4,4	5,5	23,3
6 – 10 años	Frec	4	3	0	2	9
	%	4,4	3,3	0	2,2	10
10 – 15 años	Frec	1	1	0	0	2
	%	1,1	1,1	0	0	2,2
Más de 15 años	Frec	0	0	2	0	2
	%	0	0	2,2	0	2,2
<b>Total</b>	Frec	32	14	22	22	90
	%	35,6	15,6	24,4	24,4	100

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En la Tabla 11, se puede apreciar el número y el porcentaje de asistentes por cada una de las ciudades en donde se impartieron los talleres sobre Primeros Auxilios Psicológicos. El 35,6% de la población pertenece a la Zona 1, cuya sede fue la ciudad de Esmeraldas, el 15,6% pertenece a la Zona 4, cuyo taller tuvo lugar en Cuenca. Un 24,4% de la población asistió al taller en Guayaquil correspondiente a la Zona 3, un igual porcentaje (24,4%) corresponde a los asistentes al último taller realizado en Quito, perteneciente a la Zona 3. Con respecto al tiempo en el cual los encuestados han permanecido vinculados con la institución Cruz Roja Ecuatoriana, han sido clasificados de acuerdo a la ciudad sede en la cual el taller fue impartido, sin embargo los datos se analizarán de manera general y se escogieron intervalos de tiempo en años para distribuir a la población según el tiempo de permanencia en la institución. Entonces, se puede observar que un 26,6% de los asistentes ha formado parte de la institución por un tiempo menor al año; un 35,6% lo ha hecho por un período de entre 1 y 3 años; el 23,3% de los encuestados han brindado sus servicios a la institución entre 3 y 6 años. Hasta el límite de 6 años, se halla el 85,5% de la población, concatenando con los datos de la Tabla 9 este hecho se debe a que un 85,6% de la población con la que se trabajó no pasa de los 35 años. En un menor porcentaje (10%), se hallan aquellos encuestados que han permanecido en la institución por un período entre 6 y 10 años y aquellos que han formado parte de la institución entre 10 y 15 años con un 2,2%. Finalmente, apenas un 2,2% de los encuestados han estado vinculados con la institución durante un período superior a los 15 años, lo mismo que se explica por el bajo porcentaje (5,6%) de personas que tienen entre 46 y 55 años de edad. En el Anexo 7 se puede apreciar una tabla que muestra con detalle el tiempo de permanencia de los encuestados en la institución.

## 2. Situaciones de participación en la institución

**Tabla 12**

**Pregunta 2: ¿En qué situaciones ha participado?**

Tipo de situación	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
<b>Accidentes vehiculares</b>	53	25,73%
<b>Desastres naturales</b>	40	19,42%
<b>Crisis sociales</b>	36	17,47%
<b>Comunicación de malas noticias</b>	31	15,05%
<b>Conflictos armados</b>	20	9,71%
<b>Desplazados, refugiados</b>	18	8,74%
<b>Otros</b>	8	3,88%
<b>Total</b>	206	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En la pregunta 2 se pidió a los encuestados que marcaran aquellas situaciones en las que han asistido como personal de la Cruz Roja, se presentaron siete opciones: *desastres naturales, accidentes vehiculares, comunicación de malas noticias, conflictos armados y otros*. Dado que al ser ésta una pregunta de opción múltiple, los encuestados podían escoger una o más opciones de respuesta, de manera que, el respectivo análisis se realizó de acuerdo al número y al porcentaje de las respuestas (206). En la tabla 12, se puede observar que el 25,73% de las situaciones de desastre en las que los encuestados han asistido son accidentes vehiculares, seguido de desastres naturales con un 19,42%; la tercera opción con mayor número de repuestas es la asistencia en crisis sociales con un 15,05%, seguido de situación de conflictos armados con un 9,71% y finalmente se encuentra a la asistencia en casos de desplazamiento y refugiados con un 8,74%. En la opción *otros* se obtuvieron respuestas como: *duelo, víctimas de crimen, emergencias médicas, violencia civil, alerta de tsunami, entrega de resultados reactivos de VIH/SIDA, emergencias a domicilios, menores en riesgo, eventos de asistencia masiva, entrega de donaciones*.

Es importante mencionar que, las zonas en las que se halla dividido el país están conformadas por provincias que corresponden a tres de las regiones naturales del país, por tanto, hay provincias que son más propensas que otras a la ocurrencia de cierto tipo de incidentes, como por ejemplo, aquellas que se ubican en la franja costera son propensas a la ocurrencia de desastres naturales en el mar, o, en aquellas provincias que limitan con Colombia, son frecuentes los conflictos armados y las situaciones de violencia y movilidad humana. Con lo presentado, se puede observar que las situaciones más comunes de intervención son los accidentes vehiculares, incluso si se toma en cuenta que un número importante de los asistentes han formado parte de la institución por un período menor a 3 años.

### **3. Definición de Primeros Auxilios Psicológicos**

Para el análisis de las preguntas 3,11 y 12 al ser del tipo abierto, se escogieron las respuestas más frecuentes y se procedió a clasificar las definiciones que aparecen en las encuestas de acuerdo con los criterios relacionados con una característica específica o una palabra clave según el modelo de Slaikeu (1996) y sus cinco componentes de Primeros Auxilios Psicológicos; posteriormente se contabilizó la cantidad de respuestas según cada criterio y se agruparon las respuestas de acuerdo con los requisitos de la pregunta.

Tabla 13

**Pregunta 3: Defina los Primeros Auxilios Psicológicos**

Definición de PAP	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
Ayuda a una persona que ha atravesado por una crisis/evento adverso/situación de estrés	66	44%
Ayuda inmediata/urgente/primera	30	20%
Apoyo emocional/estabilidad emocional	13	8,66%
Ayuda para la recuperación/cambio/superación/trauma	11	7,33%
Ayuda para que no se agraven los comportamientos/prevenir desequilibrios mentales/disminuir impacto	11	7,33%
Mantener la calma	9	6%
Ayuda en lesiones físicas/primeros auxilios básicos	4	2,66%
Reacción física y social	3	2%
Acompañamiento	2	1,33%
Dar consejos	1	0,66%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0%</b>

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

Cabe recalcar que las respuestas propuestas no son excluyentes entre sí. De igual forma, el análisis de los resultados se realizó en base al número y porcentaje de las respuestas (150) más no de los casos. En el cuadro de resultados, se puede visualizar que los encuestados vinculan el concepto de Primeros Auxilios Psicológicos con una forma de *ayuda brindada a una persona que ha atravesado o atraviesa por una crisis/evento adverso/situación de estrés* en un 44%. La segunda respuesta más frecuente (20%) es la definición de PAP como un tipo de *ayuda inmediata/urgente/primaria*, esta respuesta se distingue de la anterior precisamente por la característica de inmediatez de la asistencia. La definición de Primeros Auxilios Psicológicos como una forma de *apoyo orientada hacia la estabilidad emocional*, aparece en tercer lugar de frecuencia con un porcentaje del 8,66%; se presentan otras definiciones relevantes tales como *ayuda para la recuperación/superación/cambio* y *ayuda para que no se agraven los comportamientos/prevenir desequilibrios mentales/disminuir impacto*, ambas con un 7,33% de frecuencia. La siguiente respuesta más común hallada entre los encuestados es la de *mantener la calma*, con un 6%. Se encontró también que la respuesta que define los Primeros Auxilios Psicológicos de la misma manera que los Primeros Auxilios Básicos, es decir como una manera de *ayuda en lesiones físicas*, se presenta con 2,66% de frecuencia. Se puede decir que, según las respuestas proporcionadas por los encuestados, la definición de Primeros Auxilios Psicológicos se halla vinculada con *ayuda* que se brinda a personas en estado de crisis y además esta ayuda tiene la característica de ser inmediata o urgente, la misma que muestra general con respecto a lo que se persigue en una intervención en Primeros Auxilios Psicológicos.

#### 4. Medios de información acerca de Primeros Auxilios Psicológicos

Mediante la pregunta 4 se pretende evidenciar cómo se ha informado el encuestado sobre los Primeros Auxilios Psicológicos, para lo cual se enlistaron *manuales, folletos, carteleras*, como medios de difusión impresos, y *capacitaciones (presenciales o vía internet según la malla de formación del voluntariado), internet y talleres (presenciales y prácticos específicos en el tema)* como opciones de respuesta.

Tabla 14

##### Pregunta 4: ¿Cómo se ha informado acerca de los Primeros Auxilios Psicológicos?

Medio de información	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
Capacitaciones	53	27,6%
Talleres	43	22,40%
Manuales	31	16,15%
Folletos	29	15,1%
Internet	28	14,58%
Carteleras	8	4,17%
Total	192	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

Se puede ver que las *capacitaciones* y los *talleres* constituyen los medios más frecuentes a través de los cuales los encuestados han tenido conocimiento acerca de los PAP, con un 27,6% y un 22,4% respectivamente. Otros medios de información escritos como *manuales* (16,15%), *folletos* (15,1%) e *internet* (14,58%) constituyen también fuentes de información importantes con respecto a los PAP. Con respecto a estos datos, se puede inferir que, tanto las capacitaciones como los talleres, son los medios de difusión con mayor alcance para los encuestados, razón por la cual, deben considerarse como los mejores medios para impartir información.

#### 5. Frecuencia de la impartición de Primeros Auxilios Psicológicos en la institución

Tabla 15

##### Pregunta 5: ¿Con qué frecuencia se imparten PAP?

Frecuencia de la impartición de PAP	Número de respuestas	Porcentaje
Siempre	1	1,1%
Frecuentemente	11	12,2%
A veces	29	32,2%
Rara vez	35	38,9%
No tiene conocimiento	12	13,3%
No contesta	2	2,2%
Total	90	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

Para la pregunta 5 ¿Con qué frecuencia se imparten PAP? se presentaron las siguientes opciones: *siempre (dos o más veces por año)*, *frecuentemente (una o dos veces por año)*, *a veces (una vez por año)*, *rara vez (una vez cada dos o más años)* y *no tiene conocimiento*. 35 de los 90 encuestados (38,9%) afirman que *rara vez* se imparte información acerca de PAP, 29 (32,2%) de los encuestados escogieron la opción *a veces*; con un porcentaje del 13,3%, es decir 12 de los encuestados respondieron que no tenían conocimiento acerca de lo que la pregunta indagaba. Sin embargo, un 12,2% afirmó que la frecuencia con la que se imparten PAP en la institución es *frecuentemente* y tan solo el 1,1% respondió que *siempre* se imparten conocimientos acerca de PAP. De acuerdo con los porcentajes que muestran los casos estudiados, es posible decir que los PAP no son impartidos de manera continua en la formación del personal de asistencia de la Cruz Roja Ecuatoriana, aquello podría contribuir a que el tema de Primeros Auxilios Psicológicos no constituyan un eje importante dentro de la malla de formación del personal de asistencia, o que éste no sea actualizado constantemente y que las nuevas personas que ingresan a la institución aún no hayan sido capacitados en el tema.

## 6. Relevancia de la capacitación de Primeros Auxilios Psicológicos

La sexta pregunta de la encuesta averigua si los encuestados consideran relevante la impartición de capacitaciones sobre Primeros Auxilios Psicológicos. Las opciones de respuesta podían ser afirmativas (sí) y negativas (no).

**Tabla 16**

### **Pregunta 6: ¿Considera usted que es relevante el impartir capacitaciones sobre Primeros Auxilios Psicológicos?**

	Número de respuestas	Porcentaje
<b>No</b>	6	6,6%
<b>Si</b>	84	92,3%
<b>Total</b>	90	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

De acuerdo con la sistematización de las respuestas obtenidas para esta pregunta, es posible dilucidar que un 92,3% considera que sí es relevante el impartir capacitaciones acerca de PAP, en contraposición a un 6,6% quienes no consideran que es relevante que las capacitaciones ofrecidas por la institución contengan temas sobre PAP. Los datos aquí presentados pueden concatenarse con los de la Tabla 12, ante lo cual se puede decir que la relevancia de los conocimientos en Primeros Auxilios Psicológicos está relacionada con la naturaleza de las situaciones en las que

los encuestados deben asistir, pues éstas podrían dar lugar a una situación de crisis en las personas afectadas y ante lo cual los asistentes requieren contar con una herramienta que posibilite una intervención eficaz.

## **7. Participación en situaciones que hayan requerido Primeros Auxilios Psicológicos**

Con el objetivo de determinar la utilidad que podrían tener los PAP para las actividades de asistencia que realizan los encuestados en su labor en la institución, se indagó en la posibilidad de que los asistentes se hayan visto frente a circunstancias que hayan requerido conocimientos en Primeros Auxilios Psicológicos.

**Tabla 17**

### **Pregunta 7 ¿Se ha visto usted en situaciones que requieran conocimientos en Primeros Auxilios Psicológicos?**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No</b>	10	11,0
<b>Si</b>	80	87,9
<b>Total</b>	90	98,9

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de las respuestas para esta pregunta, 80 de los 90 encuestados (87,9%) dicen haber estado inmersos en situaciones que requerían un conocimiento en PAP en contraposición a 10 de ellos (11%) quienes dicen no haber atravesado por una situación similar. Concatenando con los datos de la Tabla 12 que presenta algunas de las situaciones en las que los encuestados podrían haber intervenido, se puede inferir que no todos consideran que las situaciones enlistadas podrían requerir una intervención en Primeros Auxilios Psicológicos. Sin embargo, tal como lo indica la Tabla 16, los encuestados, en su gran mayoría (92,3%) consideran que los conocimientos en PAP son relevantes.

## **8. Lapso en el que los Primeros Auxilios Psicológicos deben ser proporcionados**

En esta pregunta: *Tras la ocurrencia de un desastre, los Primeros Auxilios Psicológicos deben ser realizados en...* Se indaga acerca del tiempo de realización de los Primeros Auxilios Psicológicos, ya que es relevante distinguir si los encuestados conocen en qué momento después de ocurrida la catástrofe deben ser proporcionados los PAP. Se presentaron tres opciones a escoger, la primera: *minutos a horas*, es la

opción correcta; la segunda: *días a semanas*, y por último *meses*. A continuación, se presenta una tabla con los porcentajes de respuesta para esta pregunta.

**Tabla 18**

**Pregunta 8: Los Primeros Auxilios Psicológicos deben ser realizados en:**

Tiempo	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
<b>Minutos a horas</b>	60	59,41%
<b>Días a semanas</b>	30	29,7%
<b>Meses</b>	11	10,89%
<b>Total</b>	101	100,0%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En esta pregunta se obtuvieron 101 respuestas, lo que significa que algunos sujetos escogieron más de una opción para su respuesta. Estas cifras muestran que la mayoría de los asistentes conocen el tiempo correcto para brindar Primeros Auxilios Psicológicos al escoger la opción *minutos a horas*, siendo ésta la que presenta el porcentaje de respuestas más alto con 59,41%. La opción *días a semanas*, con 30 respuestas muestra que la tercera parte de la población no conoce el tiempo adecuado para brindar Primeros Auxilios Psicológicos; la tercera opción *meses*, solo fue escogida por 11 personas. Finalmente con un número de 60 respuestas para la primera opción en esta pregunta, se puede inferir que, más de la mitad de la población ha estado en contacto con conocimientos de Primeros Auxilios Psicológicos, y tienen una idea clara del tiempo de acción de esta práctica.

**9. ¿Quiénes realizan Primeros Auxilios Psicológicos?**

En esta pregunta: *Según su criterio ¿Quiénes deberían realizar los Primeros Auxilios Psicológicos?* Los encuestados tenían ocho opciones, presentadas a manera de profesiones, en las cuales los Primeros Auxilios Psicológicos podrían ser utilizados.

Es importante conocer si los encuestados consideran que los PAP pueden ser aplicados por grupos de ayuda humanitaria como son los voluntarios y paramédicos que forman parte de Cruz Roja

La Tabla 19 a continuación, muestra los porcentajes obtenidos para esta pregunta.

**Tabla 19**

**Pregunta 9: ¿Quiénes deberían realizar los Primeros Auxilios Psicológicos?**

¿Quiénes deben realizar PAP?	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
<b>Voluntarios</b>	80	19,14%
<b>Psicoterapeutas y Orientadores</b>	75	17,94%
<b>Paramédicos</b>	72	17,22%
<b>Trabajadores sociales</b>	53	12,68%
<b>Enfermeras</b>	48	11,48%
<b>Maestros</b>	38	9,09%
<b>Policías</b>	34	8,13%
<b>Otros</b>	18	4,30%
<b>Total</b>	418	100,0%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En esta pregunta al igual que en la anterior, se presentan opciones de repuesta múltiple y los sujetos podían escoger más de una opción para su respuesta, por esta razón el número total de respuestas es de 418. El porcentaje de respuesta más alto para esta pregunta fue la opción *voluntarios* con el 19,14% lo cual indica que la mayoría de la población subraya que el voluntariado de Cruz Roja Ecuatoriana se encuentra preparado para realizar estas intervenciones. 17,94% es la cifra para la opción *psicoterapeutas y orientadores*, sugiriendo que después de los voluntarios quienes deberían realizar PAP son los profesionales de salud mental. La opción *paramédicos* con el 17,22% es la tercera respuesta más frecuente en esta pregunta, denotando que estos tres grupos de profesionales son los que deberían tomar a cargo la práctica de PAP. Con 12,68% y 11,48%, las opciones correspondientes a *trabajadores sociales* y *enfermeras* siguen a las cifras antes mencionadas, implicando que en la labor de estos profesionales la necesidad de conocimientos en PAP es menor que en los tres primeros grupos. Por último, 9,09% para *maestros* y 8,13% para *policías*, son los porcentajes menores de respuesta, señalando un involucramiento parcial de estas poblaciones en lo que a Primeros Auxilios Psicológicos se refiere. Como conclusión en esta pregunta, se podría decir que la mayoría de los casos analizados suponen la necesidad de conocer Primeros Auxilios Psicológicos y su práctica en las actividades en las cuales se encuentran involucrados en la Cruz Roja Ecuatoriana.

**10. Objetivos de Primeros Auxilios Psicológicos**

La pregunta número diez: *Los Primeros Auxilios Psicológicos serían una herramienta importante para los intervinientes porque...* Cobra especial importancia en el análisis de los resultados, pues se indaga por qué los Primeros Auxilios Psicológicos

serían una herramienta importante para los voluntarios en situaciones de desastre. Las opciones presentadas fueron seis: 1) *Proporcionan información necesaria para asistir en una crisis*, 2) *Mediante los Primeros Auxilios Psicológicos se pueden asistir a afectados (únicos o múltiples) y/o familiares allegados en las diferentes catástrofes*, 3) *Ayudan en la asistencia en diferentes escenarios como desastres naturales o provocados por el hombre*, 4) *Mitigan los efectos nocivos en la salud mental tras la ocurrencia de una situación crítica*, 5) *No proporcionan información adecuada en caso de emergencia*, 6) *No son relevantes para la asistencia*. El cuadro de datos se presenta como sigue:

**Tabla 20**

**Pregunta 10: Los Primeros Auxilios Psicológicos son una herramienta importante porque...**

Objetivos	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
<b>Proporcionan información necesaria</b>	73	26,94%
<b>Asistencia a afectados</b>	66	24,35%
<b>Ayudan en la asistencia en diferentes escenarios</b>	63	23,25%
<b>Mitigan los efectos nocivos</b>	61	22,51%
<b>No proporcionan información adecuada</b>	5	1,85%
<b>No son relevantes</b>	3	1,11%
<b>Total</b>	271	100,0%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En esta pregunta al igual que en las anteriores, se proporciona una variedad de opciones, lo que significa que las respuestas son múltiples y más de una respuesta podía ser marcada. Con un número de respuestas de 63, porcentaje de respuestas de 26,94%, la primera opción: *ayudan en la asistencia en diferentes escenarios* presenta una adecuada elección a manera de herramienta útil para los asistentes. La segunda opción: *proporcionan información necesaria para asistir en una crisis* con un número de respuestas de 73, porcentaje de respuestas de 26,94%, es la opción con un índice más alto de respuesta, señalando que los Primeros Auxilios Psicológicos son considerados como soporte en el momento de intervenir en una crisis. La tercera opción: *mediante los Primeros Auxilios Psicológicos se puede asistir a afectados y/o familiares allegados en las diferentes catástrofes*, con un porcentaje de respuestas de 24,35% muestra una adecuada dirección en los objetivos de PAP por parte de los asistentes, este porcentaje es el segundo más alto en esta pregunta. *Mitigan los efectos nocivos en la salud mental tras la ocurrencia de una situación crítica* es la cuarta opción con un número de respuestas de 61 y un porcentaje de respuesta de 22,51%, subrayan al igual que las tres primeras opciones a los Primeros Auxilios

Psicológicos como una herramienta útil para los voluntarios en la asistencia en catástrofes.

Las dos últimas opciones: *no proporcionan información adecuada en caso de emergencia y no son relevantes para la asistencia* fueron escogidas en 1,85% y 1,11% de las respuestas respectivamente y al ser cifras muy bajas con relación a las cuatro primeras opciones, sugieren que una minoría de los asistentes a las capacitaciones tienen pocos conocimientos acerca de los objetivos de Primeros Auxilios Psicológicos. Por último, las cifras obtenidas en esta pregunta advierten un manejo de algunos conocimientos acerca de PAP, por parte de los asistentes.

### 11. ¿En qué situaciones serían útiles los Primeros Auxilios Psicológicos?

La onceava pregunta: *De acuerdo con su experiencia ¿En qué situaciones de asistencia serían útiles los Primeros Auxilios Psicológicos?*, se buscaba en indagar la utilidad de los Primeros Auxilios Psicológicos en una lista de situaciones presentadas. Se investigó en qué situaciones los encuestados consideran importante la práctica de PAP, siendo los escenarios presentados comunes en su labor dentro de la institución de Cruz Roja Ecuatoriana. En la Tabla 21 se presentan los datos para esta pregunta.

**Tabla 21**

#### **Pregunta 11: ¿En qué situaciones serían útiles los Primeros Auxilios Psicológicos?**

Situaciones	Respuestas	
	Nº	Porcentaje
<b>Accidentes (de tránsito, de trabajo, domésticos)</b>	73	15,24%
<b>Desastres naturales (deslaves, inundaciones, erupciones volcánicas)</b>	67	13,98%
<b>Violencia intrafamiliar</b>	61	12,73%
<b>Comunicación de malas noticias</b>	59	12,32%
<b>Desastres antrópicos</b>	58	12,11%
<b>Conflictos armados</b>	57	11,9%
<b>Crisis sociales</b>	52	10,86%
<b>Restablecimiento de contactos familiares</b>	45	9,39%
<b>Otros</b>	7	1,46%
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>100,0%</b>

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

Se puede observar que la opción con mayor número de respuestas es *accidentes* con 73 respuestas, en esta pregunta al igual que en la segunda se evidencia que la mayoría de los voluntarios consideran necesario los PAP en situaciones como accidentes, siendo esta opción la más escogida en las dos preguntas. A esta opción le sigue *desastres naturales* y *violencia intrafamiliar* con un

porcentaje de respuesta de 13,98% y 12,73% respectivamente. Las opciones comunicación de *malas noticias, desastres antrópicos, conflictos armados y crisis sociales* presentan porcentajes de respuesta menores que van del 10,86% al 12,32%. Por último restablecimiento de contactos familiares con 9,39% es la opción con menor porcentaje de respuesta. Para la opción *Otros*, las respuestas fueron las siguientes: *robo, amenaza, atención al personal de voluntarios luego de intervención en operativos, cualquier situación que implique trauma y situaciones en las que la persona sienta inseguridad*, se puede observar que estas situaciones no varían de acuerdo a las propuestas y únicamente son mas específicas. El análisis indica que en todas las situaciones presentadas, se considera necesaria la práctica de Primeros Auxilios Psicológicos, con sus respectivas variaciones en algunas opciones.

### **3.3 Etapas en las acciones de Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de emergencia.**

#### **12. Pasos de Primeros Auxilios Psicológicos.**

De acuerdo con la hipótesis de investigación los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana manejan o conocen algunas fases para asistir en Primeros Auxilios Psicológicos. Mediante el análisis de la onceava pregunta de la encuesta, en la cual se examinan los pasos que se llevan a cabo en una intervención de PAP, se podrá inferir qué fases son distinguidas por los voluntarios y de esta manera comprobar o rechazar la hipótesis planteada. El análisis en esta pregunta se lo realizará por pasos, es decir, se observarán las respuestas comunes brindadas por los asistentes en cada una de las fases de PAP y posteriormente se compararán con el modelo de cinco pasos de Slaikeu. Adicionalmente, en esta pregunta se tomaron en cuenta los porcentajes de casos para cada respuesta, de manera que en el análisis se consideren las respuestas válidas y no válidas, y el análisis se realice de forma completa.

La pregunta número 12 fue la siguiente: *Enliste los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos*. En el primer paso se determinaron siete respuestas frecuentes, las mismas que estuvieron acorde con el modelo de Slaikeu para esta fase. El cuadro a continuación, muestra los porcentajes para esta fase.

Tabla 22

**Pregunta 12: Enliste los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos: Paso 1**

Primer Paso: Establecer contacto	Respuestas		
	Nº	Porcentaje	Porcentaje de casos
<b>Respuestas válidas</b>			
Escuchar a los afectados	13	22,41%	14,4%
Presentación/identificación	13	22,41%	14,4%
Tranquilizar/calmar	12	20,69%	13,3%
Dialogar	10	17,41%	11,1%
Preguntas acerca de lo ocurrido	7	12,07%	7,8%
Empatía/rapport	3	5,17%	3,3%
<b>Total respuestas válidas</b>	58	64,3%	64,3%
<b>Respuesta no válidas/ no contesta</b>	32	35,7%	35,7%
<b>Total respuestas no válidas</b>	32	35,7%	35,7%
<b>Total respuestas válidas y no válidas</b>	90	100%	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

Como se puede observar en el cuadro 3.3.1 el número total de respuestas válidas es de 58, indicando que más de la mitad de la población respondió acorde con el contenido del primer paso según el modelo de Slaikeu. El porcentaje de respuesta de 22.41% es el más alto para dos respuestas: *escuchar a los afectados* y *presentación/identificación*, mostrando que los sujetos tienen noción acerca de la importancia de la escucha a las víctimas en esta etapa de PAP. En contraste con la respuesta *empatía/rapport*, que obtuvo un porcentaje de 5,17%, el más bajo para esta fase de intervención, señalando que solo 3 personas tienen conocimiento en esta área. Las respuestas *tranquilizar/calmar* y *dialogar*, con un porcentaje de casos de 13,3% y 11,1%, son respuestas que establecen alguna noción acerca de la intervención en este primer paso. La respuesta *establecer contacto*, estuvo ausente en este paso, sin embargo se presentaron algunos indicadores sobre el contenido de la primera fase. En conclusión, los porcentajes válidos de respuesta y casos son de 64,3%, y el porcentaje de respuestas no válidas son de 35,7%, subrayando que un tercio de la población no tiene conocimiento sobre esta fase de PAP y posiblemente la preparación sobre el tema no ha sido constante ni efectiva.

En la segunda fase de Primeros Auxilios Psicológicos llamada *Dimensionar el problema*, las respuestas brindadas que se relacionaron con el modelo propuesto para esta fase fueron tres. El cuadro de frecuencias se presenta a continuación.

**Tabla 23**

**Pregunta 12: Enliste los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos: Paso 2**

Segundo paso: Dimensionar el problema	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
<b>Respuestas válidas</b>			
Determinar la causa del problema	11	40,74%	12,2%
Conocimiento y evaluación del problema	8	29,63%	8,9%
Reconocimiento de las necesidades	8	29,63%	8,9%
<b>Total respuestas válidas</b>	27	30%	30%
<b>Respuestas no válidas/ no contesta</b>	63	70%	70%
<b>Total respuestas no válidas</b>	63	70%	70%
<b>Total respuestas válidas y no válidas</b>	90	100,0%	100,0%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En este paso se encontraron respuestas acordes con el modelo de Slaikeu, como por ejemplo, *determinar la causa del problema*, con un número de respuestas de 11, porcentaje de respuesta de 40,14% y porcentaje de casos de 12,2%, indicando un conocimiento adecuado en esta segunda fase de la intervención. Las respuestas *conocimiento y evaluación del problema* y *reconocimiento de las necesidades* tienen porcentajes iguales con 29,63% en porcentaje de respuesta y 8,9% en porcentaje de casos, mostrando que 8 personas consideran importante realizar un sondeo de la situación de crisis para intervenir en PAP. El número de respuestas válidas es de 27, señalando falta de conocimiento para esta fase de acuerdo con el modelo de Slaikeu.

En la tercera etapa de Primeros Auxilios Psicológicos, llamada *Analizar posibles soluciones*, se obtuvo una sola respuesta acorde con el modelo, la misma que fue denominada *ayudar a buscar soluciones*, el porcentaje de respuesta y de casos para esta opción fue de 10%, señalando que la mayoría de la población no tiene preparación en esta fase. El porcentaje de respuestas no válidas fue de 90%, mostrando un manejo casi nulo para esta tercera etapa de PAP.

**Tabla 24**

**Pregunta 12: Enliste los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos Paso 3**

Tercer paso: Analizar posibles soluciones	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
<b>Respuestas válidas</b>			
Ayudar a buscar soluciones	9	10%	10,0%
<b>Total respuestas válidas</b>	9	10%	10%
<b>Respuestas no válidas/ no contesta</b>	81	90%	90
<b>Total respuestas no válidas</b>	81	90%	90%
<b>Total respuestas válidas y no válidas</b>	90	100,0%	110,0%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En la cuarta fase de Primeros Auxilios Psicológicos, en la distinción de las respuestas frecuentes se evidenciaron dificultades, ya que no se presentaron respuestas acordes con el contenido de este paso, ni aquellas que pudieran ser consideradas válidas para el análisis. En la Tabla 25 se puede observar un porcentaje de 100% en las respuestas no válidas, señalando que las contestaciones correctas estuvieron ausentes. Los datos obtenidos son los siguientes:

**Tabla 25**

**Pregunta 12: Enliste los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos Paso 4**

Cuarto paso: Asistir en la ejecución de acciones concretas	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
<b>Respuestas válidas</b>	0	0%	0%
<b>Total respuestas válidas</b>	0	0%	0%
<b>Respuestas no válidas/ no contesta</b>	90	100%	100%
<b>Total respuestas no válidas</b>	90	100%	100%
<b>Total respuestas válidas y no válidas</b>	90	100%	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En la quinta etapa de PAP llamada *Seguimiento*, se encontró una respuesta relacionada con el modelo de Slaikeu para este paso. La respuesta frecuente fue *seguimiento y monitoreo* con un número de 9 respuestas, porcentaje de respuesta de

10% y porcentaje de casos de 10%, distinguiendo que solamente el 1% de la población respondió nombrando la quinta fase de acuerdo con el modelo de Slaikeu. En el último paso de Primeros Auxilios Psicológicos la tabla de datos se presenta como sigue:

**Tabla 26**

**Pregunta 12: Enliste los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos Paso 5**

Quinto paso: Seguimiento	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
<b>Respuestas válidas</b>			
Seguimiento y monitoreo	9	10%	10%
<b>Total respuestas válidas</b>	9	10%	10%
<b>Respuestas no válidas/ no contesta</b>	81	90%	90%
<b>Total respuestas no válidas</b>	81	90%	90%
<b>Total respuestas válidas y no válidas</b>	90	100%	100%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

A manera de conclusión para esta pregunta, podría inferirse que la etapa de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos con la cual los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana se encuentran más familiarizados es la primera y la etapa en la cual encuentran más dificultad al momento de definirla es la cuarta. Aquello indica la necesidad de preparación en las fases de PAP. Además de rechazar parcialmente la hipótesis planteada, se evidencia un manejo precario en las fases de Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de crisis.

**13. Pasos y descripción de Primeros Auxilios Psicológicos**

En esta pregunta se solicitó a los asistentes enlistar los pasos que se llevan a cabo en Primeros Auxilios Psicológicos y mencionar una breve descripción de cada uno, con la finalidad de conocer si los encuestados manejan el contenido de cada una de las cinco fases de PAP, aparte de la denominación de cada paso. La pregunta fue la siguiente: *En el siguiente cuadro por favor llene los pasos que se llevan a cabo en los Primeros Auxilios Psicológicos y una breve descripción de cada uno.* Antes de presentar los datos obtenidos para esta pregunta, cabe recalcar que pocas personas respondieron en su totalidad a la misma, dificultando la distinción de las respuestas frecuentes y la comparación con el modelo propuesto. Debido a que las respuestas dadas en esta pregunta son similares a las de la pregunta anterior, el análisis se

realizará con la Tabla 27 que muestra el porcentaje de respuestas válidas y perdidas para cada paso. Las tablas de cada paso de PAP se encuentran en el Anexo 8 y corresponden a la numeración 28 a 31. El análisis en esta pregunta se presenta mediante un cuadro que resume las respuestas obtenidas para cada paso de PAP, se observa el número y porcentaje de casos validos y perdidos, y el total de respuestas en número y porcentaje.

**Tabla 27**

**Pregunta 13: Llene los pasos que se llevan a cabo en una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos, y una breve descripción de cada uno.**

Pasos y descripción PAP	Casos					
	Válidos		No válidos		Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
<b>Paso 1 y descripción 1</b>	22	26,67%	68	75,5%	90	100,0%
<b>Paso 2 y descripción 2</b>	2	2,2%	88	97,8%	90	100,0%
<b>Paso 3 y descripción 3</b>	2	2,2%	88	97,8%	90	100,0%
<b>Paso 4 y descripción 4</b>	0	0%	90	100,0%	90	100,0%
<b>Paso 5 y descripción 5</b>	4	4,4%	86	95,6%	90	100,0%

Nota: Elaborado por las autoras María Isabel Garcés y Natalia Valdivieso, en la investigación realizada en la Cruz Roja Ecuatoriana, durante el período agosto – noviembre 2011.

En este gráfico se puede observar que el número de casos perdidos está representado con porcentajes muy altos en relación a los datos considerados como válidos. Por ejemplo, en el cuarto paso (al igual que sucedió en la pregunta anterior) el porcentaje de datos perdidos es de 100%, determinando que ningún sujeto de la población respondió a esta fase, es decir, no otorgaron respuestas aptas para ser analizadas. Por otro lado, en la primera etapa el número de casos considerados válidos son 22, mostrando una vez más que este paso es conocido parcialmente por la población. Los porcentajes que siguen a la cuarta fase, corresponden a la segunda (97,8%) y tercera (97,8%) etapa de intervención, indicando que solamente 2 datos en cada paso fueron válidos. Para el quinto paso el porcentaje es de 95,6%, estableciendo que 4 datos fueron tomados en cuenta para el análisis

Finalmente, mediante el análisis de esta pregunta se podría decir que los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana solo manejan y conocen parcialmente la primera fase de intervención conocida como Establecer contacto, con respecto a los demás pasos de Primeros Auxilios Psicológicos, se evidencia una falta de preparación en el tema. Por tanto, se observa que ningún sujeto conoce los cinco pasos de Primeros

Auxilios Psicológicos. Cabe mencionar que, ningún encuestado respondió correctamente a esta pregunta, se hallaron respuestas separadas en definición y descripción, por lo que el examen de las contestaciones se complicó.

Para concluir el acápite de análisis de los resultados de la encuesta, se puede decir que los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana tienen conocimiento acerca de la definición de PAP, se muestran interesados en recibir capacitaciones sobre el tema y consideran necesario en su labor dentro de la institución la práctica de Primeros Auxilios Psicológicos, como una forma de asistencia que proporciona ayuda en las diferentes crisis, además de ser útil en distintos escenarios como desastres naturales y accidentes de tránsito. Por otro lado, se evidenció la falta de conocimiento y preparación en las etapas de Primeros Auxilios Psicológicos y en el contenido de las mismas, mostrando que ningún encuestado conoce en su totalidad las cinco fases del modelo propuesto.

A continuación, se presenta el análisis de los textos utilizados en Cruz Roja Ecuatoriana en materia de Primeros Auxilios Psicológicos.

### **3.3.1 Revisión bibliográfica**

Como se señaló anteriormente, Cruz Roja Ecuatoriana cuenta con un manual especializado en Primeros Auxilios Psicológicos, producido por el Centro Regional de Referencia en Educación Comunitaria. El texto mencionado tiene como objetivos el proporcionar a los cruzrojist<sup>9</sup> información acerca del contexto histórico y los conceptos básicos de los Primeros Auxilios Psicológicos, además de técnicas y herramientas para la asistencia. (FICR, s.a.: 4). En el capítulo 1 del manual, se expone una breve reseña histórica de la intervención en crisis tomando como referencia los aportes de Raquel Cohen y Karl Slaikeu, pero situando el contexto histórico y geográfico de los posibles escenarios de desastre que se presentan en América Latina, además se realiza un recorrido por la historia del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja; de la misma manera se hace hincapié en los principios y en la labor que realizan los voluntarios que conforman el movimiento.

El segundo capítulo abarca la definición y distinción de los conceptos en torno al tema de los Primeros Auxilios Psicológicos, se expone el concepto de emergencia “como una situación catastrófica o desastre que se puede producir por un evento

---

<sup>9</sup> El término *cruzrojista* es utilizado en el contexto de la Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, para designar al personal voluntario que labora para la institución.

natural, por un accidente tecnológico o directamente provocadas por el hombre, en que es amenazada la vida de las personas o su integridad física, por lo general se sobrecargan los recursos locales, que se tornan insuficientes” (FICR, s.a.: 12). Además, se realiza una clasificación de los desastres en naturales y antrópicos, se enfatiza también en el término salud mental, como “relacionada íntimamente al desarrollo humano, no es una situación individual alejada de otros, sino que está vinculada con los demás” (FICR, s.a.: 15). De la misma manera, se realiza una rápida revisión de conceptos básicos como estrés, estrés postraumático y sus manifestaciones.

Para la definición del término crisis, se emplean los aportes de Karl Slaikeu (1996) y se presentan las principales características de la misma: es repentina, inesperada, urgente, en ocasiones masiva y representa un peligro y una oportunidad para quien la vivencia (FICR, s.a.: 13). Se destacan también los aportes realizados por Joseph Prewitt (2001), quien propone una división de la crisis, de acuerdo a cómo es vivenciada por la persona en cinco etapas: fase 1: evento precipitante, fase 2: respuesta desorganizativa, fase 3: fase de explosión, fase 4: fase de estabilización y fase 5: fase de adaptación (FIRC, s.a.: 20-21). Se enlistan también algunas de las reacciones que las personas afectadas por un suceso crítico pueden manifestar.

El tercer capítulo está dedicado a la presentación de los Primeros Auxilios como una forma de intervención en situaciones de crisis y eventos desbordantes. Se expone un cuadro que resume la teoría según autores como Cohen (2000), Prewitt (2001), Rubin, Valero (2002) y Slaikeu (1995). De la misma manera, se enlista también un procedimiento a realizarse de acuerdo al desarrollo de cada etapa de la crisis: contextualización, contacto, evaluación, restablecimiento emocional, comprensión de la crisis, recuperación del funcionamiento y seguimiento. Finalmente, en el cuarto capítulo, se proponen ejercicios de activación y desmovilización a ser aplicados en situaciones de desastre que requieran asistencia por parte de los cruzojistas. Es importante también acotar, que la descripción que este capítulo contiene acerca las técnicas a utilizarse en las intervenciones. La técnica de briefing “consiste en la preparación de los integrantes de los equipos de primera respuesta antes de entrar en acción, procurando darles el mayor número de detalles sobre lo acontecido” (FIRC, s.a.:49). La técnica de defusing “será iniciado cuando se produzca un incidente crítico o cuando sea solicitado, su propósito es de ofrecer información y soporte emocional, permitiendo la ventilación de sentimientos, estabilizando a los integrantes del equipo”. (FIRC, s.a.:49). La técnica de debriefing “es una aproximación al manejo del estrés como respuesta subsiguiente a un trauma o incidente crítico, es un “reajuste

psicológico” que ha sido clasificado como “desahogo” de la tensión generada por el incidente” (FIRC, s.a.:49). Para finalizar el manual, se incluye un glosario de términos empleados.

La Cruz Roja Ecuatoriana hace uso del *Manual de Gestión de Riesgos y Preparación para desastres*, para la capacitación a los voluntarios. Este texto abarca los conceptos y el proceso que se realiza en la gestión de riesgos, incluye también un apartado dedicado a los Primeros Auxilios Psicológicos, en donde se presentan los principios que guían las intervenciones, además se exponen las reacciones de los afectados en tres fases: de impacto, de reacción y de reorientación. El procedimiento a llevarse a cabo, hace un énfasis en el auto cuidado del asistente, sin embargo, no se proponen conceptos ni técnicas para guiar las intervenciones.

El departamento de Salud Comunitaria de la Sede Central de la Cruz Roja Ecuatoriana, desarrolló un tríptico titulado “*Apoyo mutuo para los/as voluntarios/as*”, enfocado principalmente en el auto cuidado de los voluntarios que integran la institución. En una de las secciones se incluye un acápite titulado “Primeros Auxilios Psicológicos”, el mismo que incluye una serie de 10 pasos que guían una intervención en PAP, los mismos que se presentan a continuación:

1. Entre en contacto con la persona afectada, ofreciéndole apoyo inmediato.
2. Persuada a la persona afectada que se aleje de la situación que le provoca tensión.
3. Si por algún motivo debe ausentarse, no la deje sola; verifique que otra persona la acompañe.
4. Protéjalo de los curiosos y de los medios de comunicación.
5. Pregúntele con cautela: ¿qué pasó?, ¿cómo se siente?
6. Permítale hablar sobre su experiencia, preocupaciones y sentimientos.
7. Indague qué significa la crisis para él/ella y evalúe sus sentimientos y necesidades sobre aspectos básicos de la vida: comer, dormir, protección, familia, labores, estudios, etc. Esto permite recuperar el control sobre la vida.
8. Asegúrele a la persona que su reacción es normal y que la mayoría de las personas en su situación se logran recuperar.

9. Analicen en conjunto las posibles soluciones y aliéntelo a utilizar sus propias habilidades.

10. MotíVELO a tomar decisiones, si la situación lo amerita.

11. Consiga que recobre la confianza en sí mismo y despídase atentamente al finalizar la intervención.

Tras el recorrido realizado por los textos empleados en la Cruz Roja Ecuatoriana para la capacitación a sus voluntarios en el tema de Primeros Auxilios Psicológicos, es posible decir que la institución cuenta con una herramienta como referencia en este tema, mencionando los aportes de algunos autores que han realizado algunas investigaciones en el tema. Sin embargo, no se presenta un modelo general base del cual puedan partir especificaciones de acuerdo a la naturaleza de las intervenciones que son realizadas por el personal de asistencia que labora para la institución. Se enlistan también una serie de técnicas para guiar las acciones que se realizan durante las intervenciones en Primeros Auxilios Psicológicos, no obstante, éstas no se hallan sistematizadas y aparecen como generalidades. Es por esto, que se torna necesario el contar con un modelo general que incluya los Primeros Auxilios Psicológicos como un eje que atraviese las diferentes labores de asistencia que el personal de Cruz Roja realiza y que además, sea adaptable a los contextos en los cuales los voluntarios deben asistir. A manera de un protocolo claro, guiado mediante la ejecución de pasos y la persecución de metas concretas.

## **Capítulo IV: Lineamientos de intervención en crisis de primera instancia.**

### **4.1. Principios del protocolo**

Luego del análisis realizado en el capítulo precedente, y teniendo claro que únicamente el 2% de los voluntarios conocen uno de los pasos de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos, se ha desarrollado una propuesta que pudiera ser utilizada en Cruz Roja para la preparación de sus voluntarios. Éste denominado protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos, se sustenta en los principios que constan a continuación:

**1.** Los Primeros Auxilios Psicológicos son una guía fundamental en situaciones de desastres. Al ser una práctica enfocada en buscar la solución a la crisis causada por la situación trágica y al ser intervenciones cortas, cobran especial importancia en la asistencia en situaciones de desastre, ya que pueden brindar una guía de aquello que se debe realizar en dichos escenarios, brindando objetivos de intervención y pasos a seguir, los mismos que mediante su ejecución proporcionan bienestar en los afectados, y permiten a los asistentes humanitarios ayudar a las víctimas de forma cálida y eficaz.

**2.** Los Primeros Auxilios Psicológicos están basados en el trabajo cooperativo. Las acciones humanitarias realizadas por Cruz Roja Ecuatoriana son efectuadas en contextos de crisis, emergencia, reconstrucción y desarrollo y, al ser un trabajo en equipo, implica preparación por parte de los miembros de la institución. En este caso, por parte de los voluntarios para desarrollar su rol de forma adecuada, se requiere la preparación de distintas capacidades y habilidades; en este punto las capacitaciones en Primeros Auxilios Psicológicos son esenciales para cumplir con el rol de ayuda, ya que brindan las herramientas necesarias para asistir en situaciones críticas que provocan sufrimiento, y al ser intervenciones cortas, eficaces y sencillas proporcionan apoyo psicológico, reducen el riesgo de mortalidad, permiten realizar un seguimiento y enlazar con fuentes de asistencia especializada.

**3.** Los Primeros Auxilios Psicológicos pueden ser realizados por una variedad de profesionales en distintas áreas (voluntarios, maestros, bomberos, policías, psicólogos, orientadores, etc). Debido a su aplicación flexible que puede ser adaptada a cada escenario, grupo humanitario asistencial y contexto cultural en el que se desarrolle; también al ser una práctica que no requiere conocimientos previos en

Psicología, brinda las facilidades para su aprendizaje y preparación. Por tanto, los PAP pueden ser realizados por distintos profesionales en la mayoría de las áreas cuando se presenten situaciones de crisis.

4. Los Primeros Auxilios Psicológicos proporcionan las herramientas necesarias para intervenir en situaciones con diversidad cultural. Las diferencias culturales tienen importancia en la ayuda humanitaria por la influencia de cómo se vive el hecho crítico, las distintas respuestas individuales y la forma de tramitar el sufrimiento psíquico propio de cada individuo y de cada comunidad. Por tanto, se evidencia la ayuda humanitaria debe ser brindada desde una posición de respeto hacia los distintos grupos culturales con los cuales se realice la asistencia, interactuando y considerando todas las acciones de dichos grupos como válidas e importantes. El entendimiento de la cultura local y las tradiciones de cada lugar contribuirán para crear respuestas efectivas por parte del voluntario ante la crisis y mejoraran la comprensión de los riesgos y beneficios de actuar como agentes de cambio.

5. Los Primeros Auxilios Psicológicos serán realizados tanto con las víctimas primarias como secundarias en la situación de crisis. Dadas las condiciones de la asistencia, ésta diferirá entre los dos grupos de afectados, siendo las víctimas directas prioridad en la intervención. En todo caso, la labor del voluntario será la de ayudar al mayor número de afectados teniendo en cuenta las condiciones presentes en cada escenario.

## **4.2 Objetivos del protocolo.**

El presente protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos tiene como objetivos los siguientes:

1. Presentar un conjunto de herramientas sistematizadas que puedan ser utilizados en la intervención en crisis a manera de Primeros Auxilios Psicológicos, el mismo que tiene como característica principal su facilidad al momento de ser empleado, ya que no se necesita conocimientos previos en Psicología.

2. Proporcionar pasos y técnicas de Primeros Auxilios Psicológicos que sean fácilmente comprensibles y adaptables a las distintas crisis y de esta manera, formular un proceso de intervención que resulte efectivo y que brinde flexibilidad al momento de ser utilizado, es decir, que pueda ser adaptado de acuerdo al voluntario, víctimas y contexto cultural en el que sea realizada la intervención.

### **4.3 Atención de Primeros Auxilios Psicológicos realizada por voluntarios.**

A continuación, se presenta el modelo de cinco pasos de Primeros Auxilios Psicológicos propuesto por Slaikeu (1996), a manera de diagrama, permitiendo de esta manera comprender la práctica de intervención en crisis de primera instancia de forma unificada. El Diagrama 1 está dividido en:

- Objetivos de Primeros Auxilios Psicológicos
- Pasos de Primeros Auxilios Psicológicos.
- Contenido de cada fase: Objetivo y lo que se debe realizar en cada fase.

Cada fase de Primeros Auxilios Psicológicos está identificada con un color específico, y a su vez se conecta con la siguiente fase mediante flechas que indican el siguiente paso a seguir.

Posteriormente, se presenta un diagrama para cada paso de intervención en PAP, en los cuales se detallan las acciones a seguir en cada paso. Para el primer paso corresponde el Diagrama 2 y de esta manera hasta el último paso que lleva el número 6. Estos diagramas están divididos en:

- Paso de intervención en PAP.
- Objetivos de cada paso.
- Acciones específicas que deben realizar los asistentes en cada uno de los pasos.
- Recomendaciones de lo que se puede hacer en casos difíciles, o cuando la persona no desea ser ayudada en ese momento.
- Técnicas de comunicación.

Al igual que en el Diagrama 1, cada uno de los gráficos correspondientes a las cinco fases de intervención, serán identificadas con un color específico.

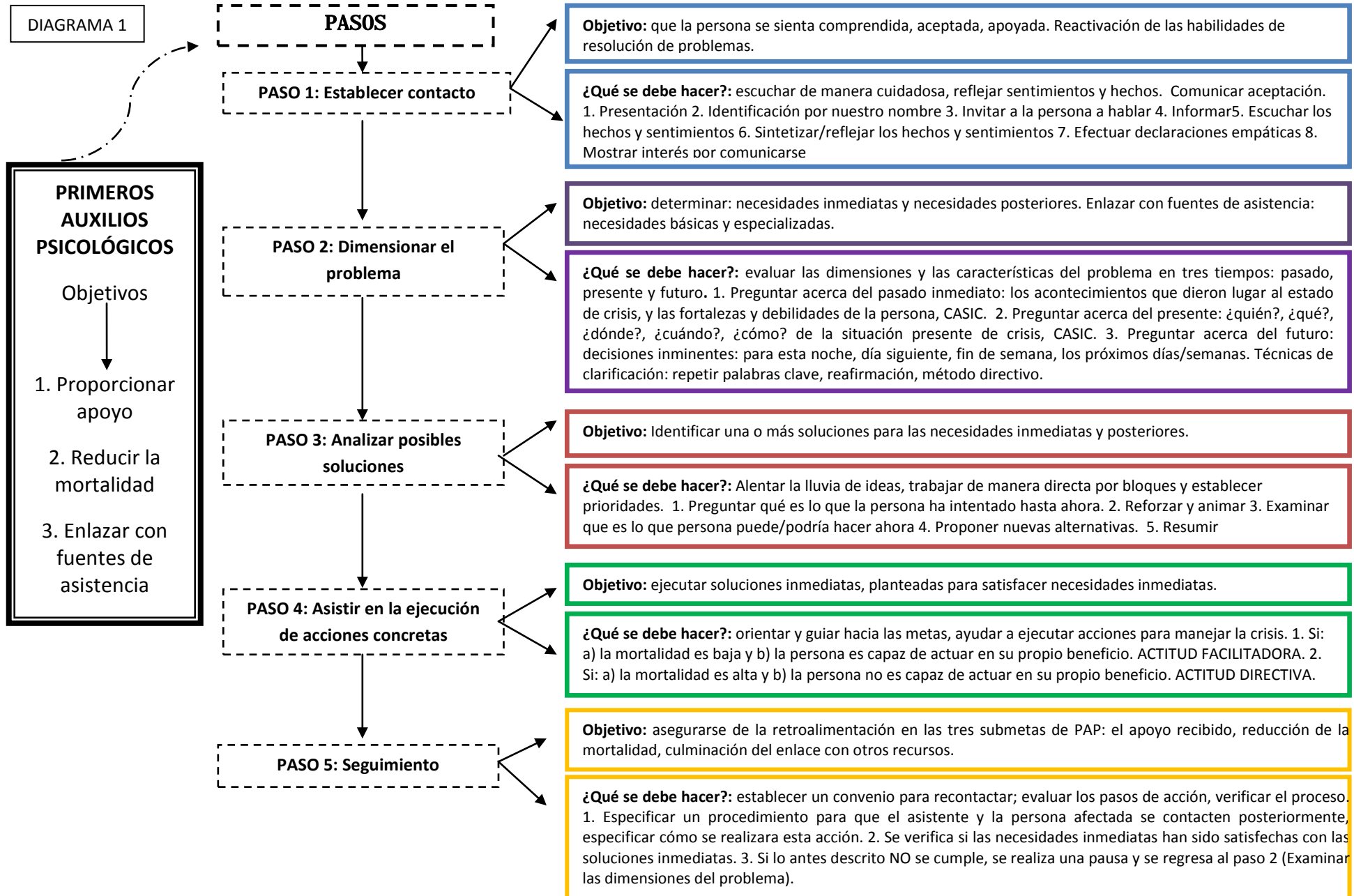


DIAGRAMA 2

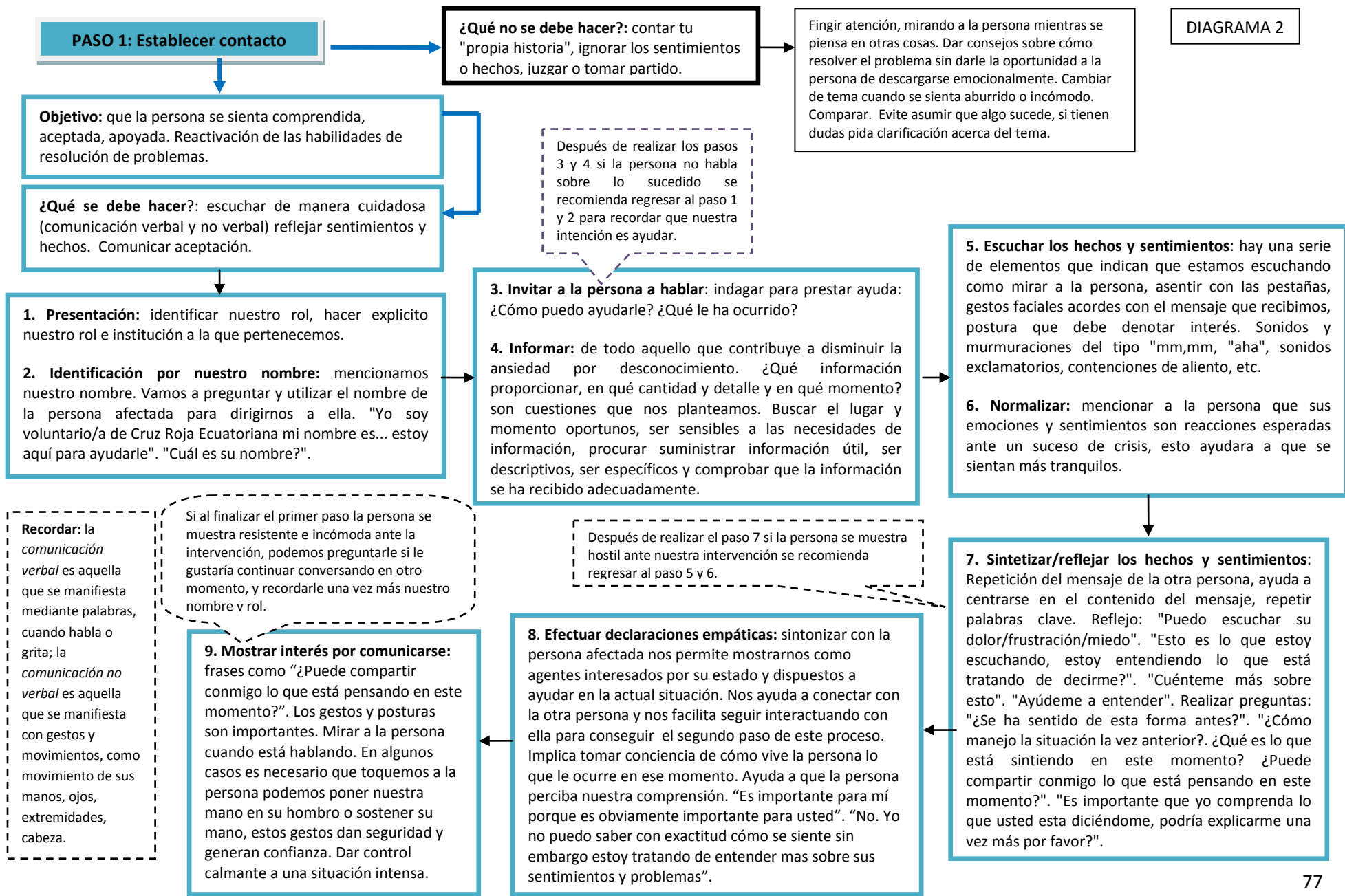


DIAGRAMA 3

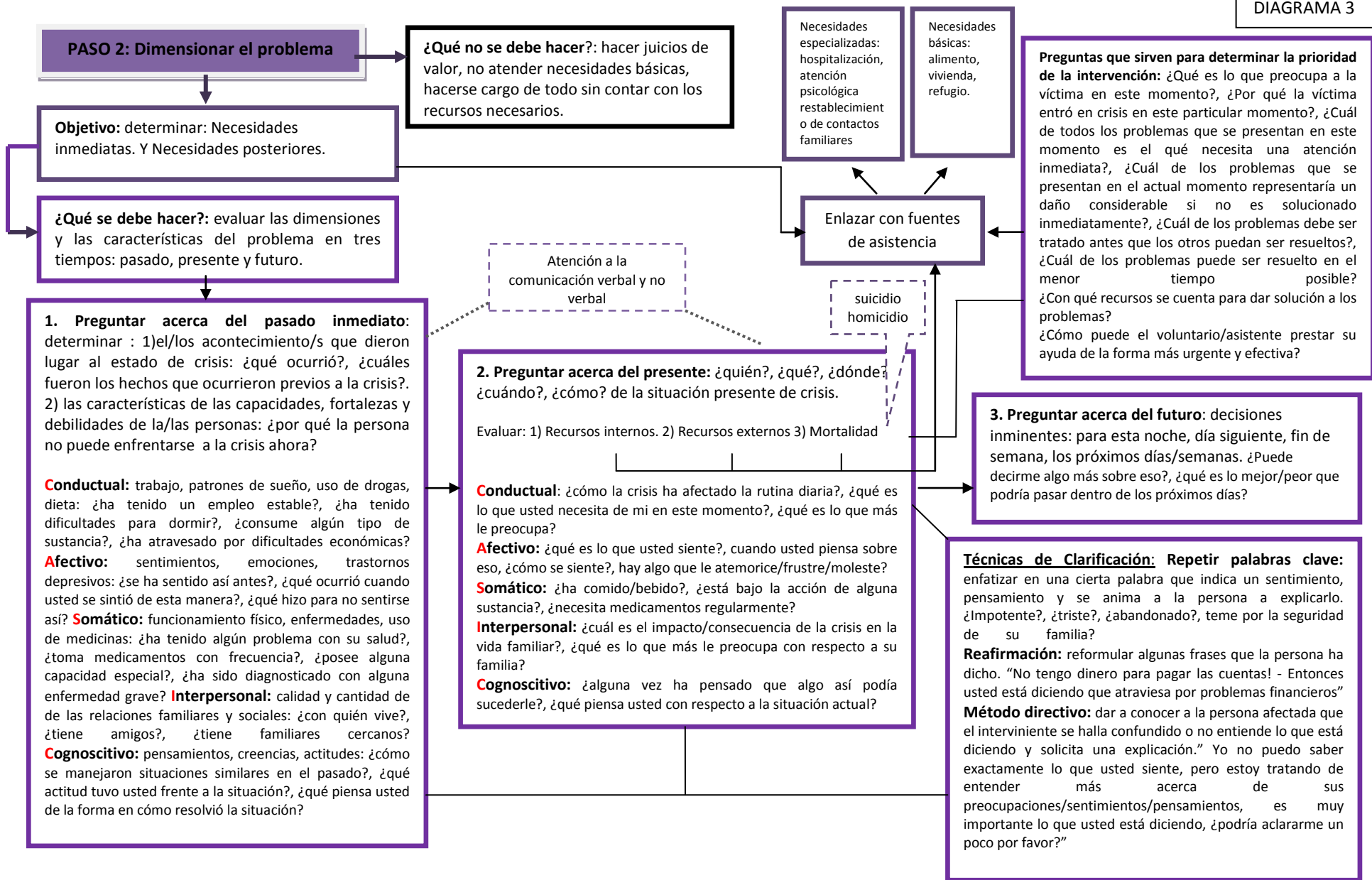


DIAGRAMA 4

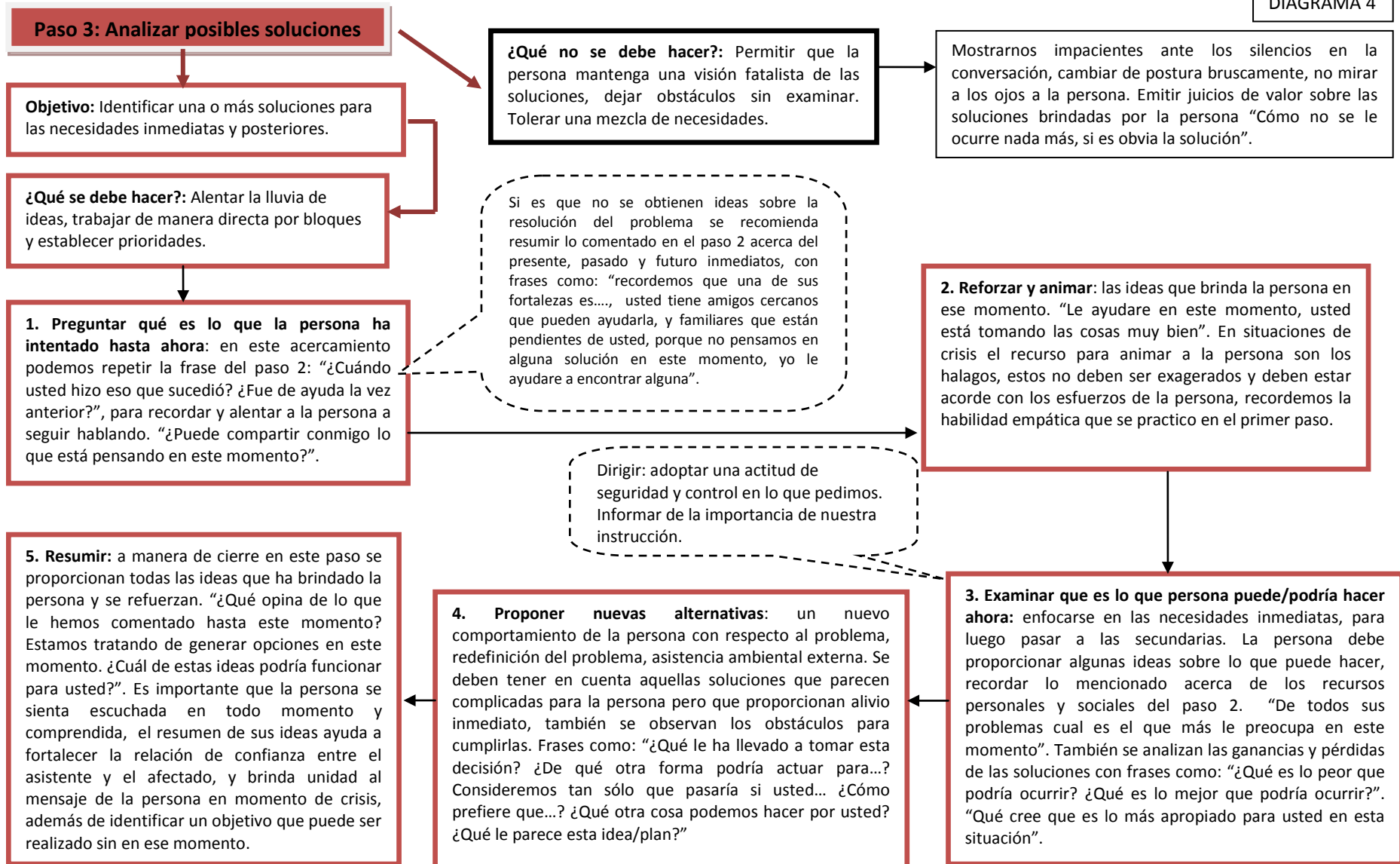


DIAGRAMA 5

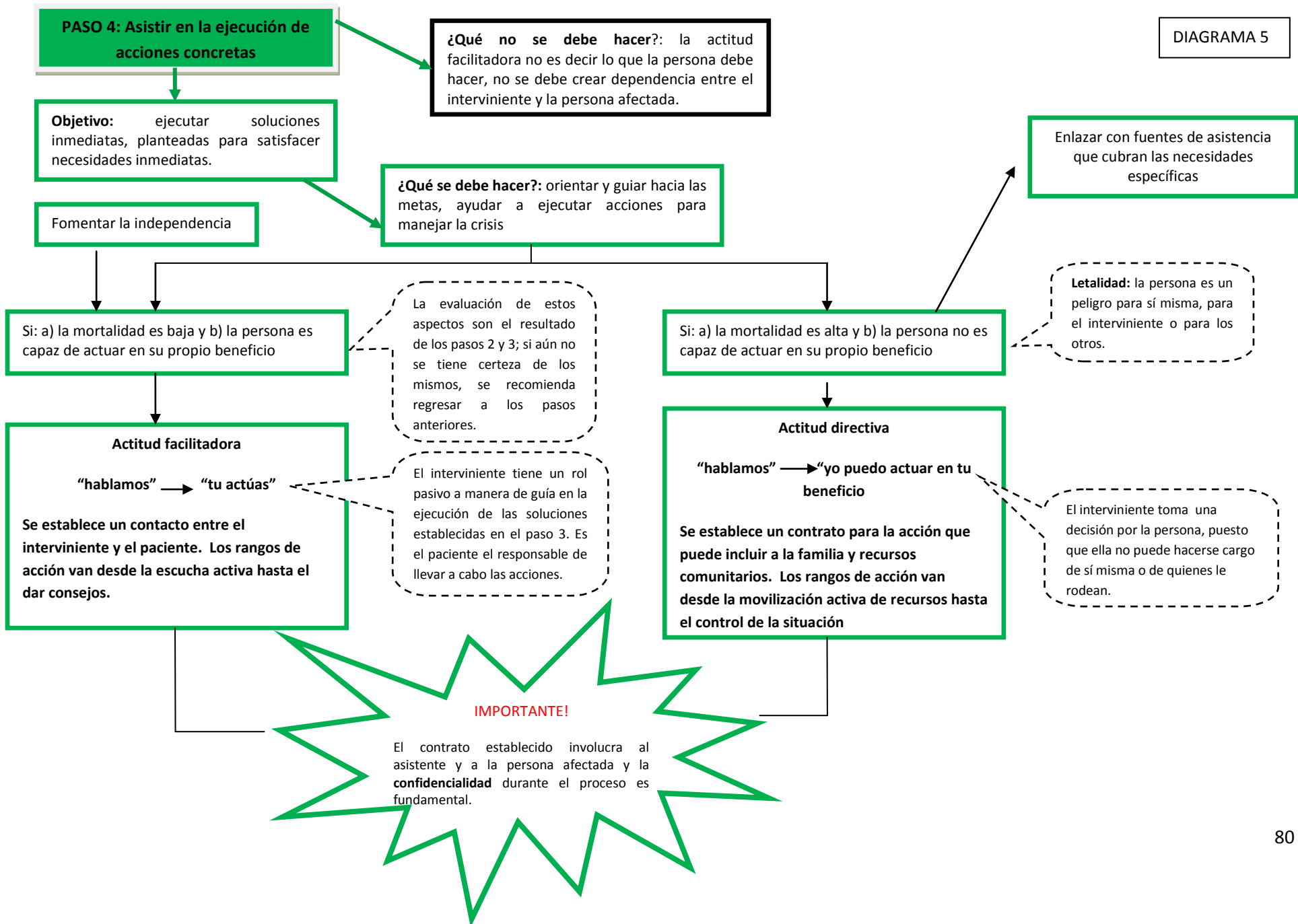
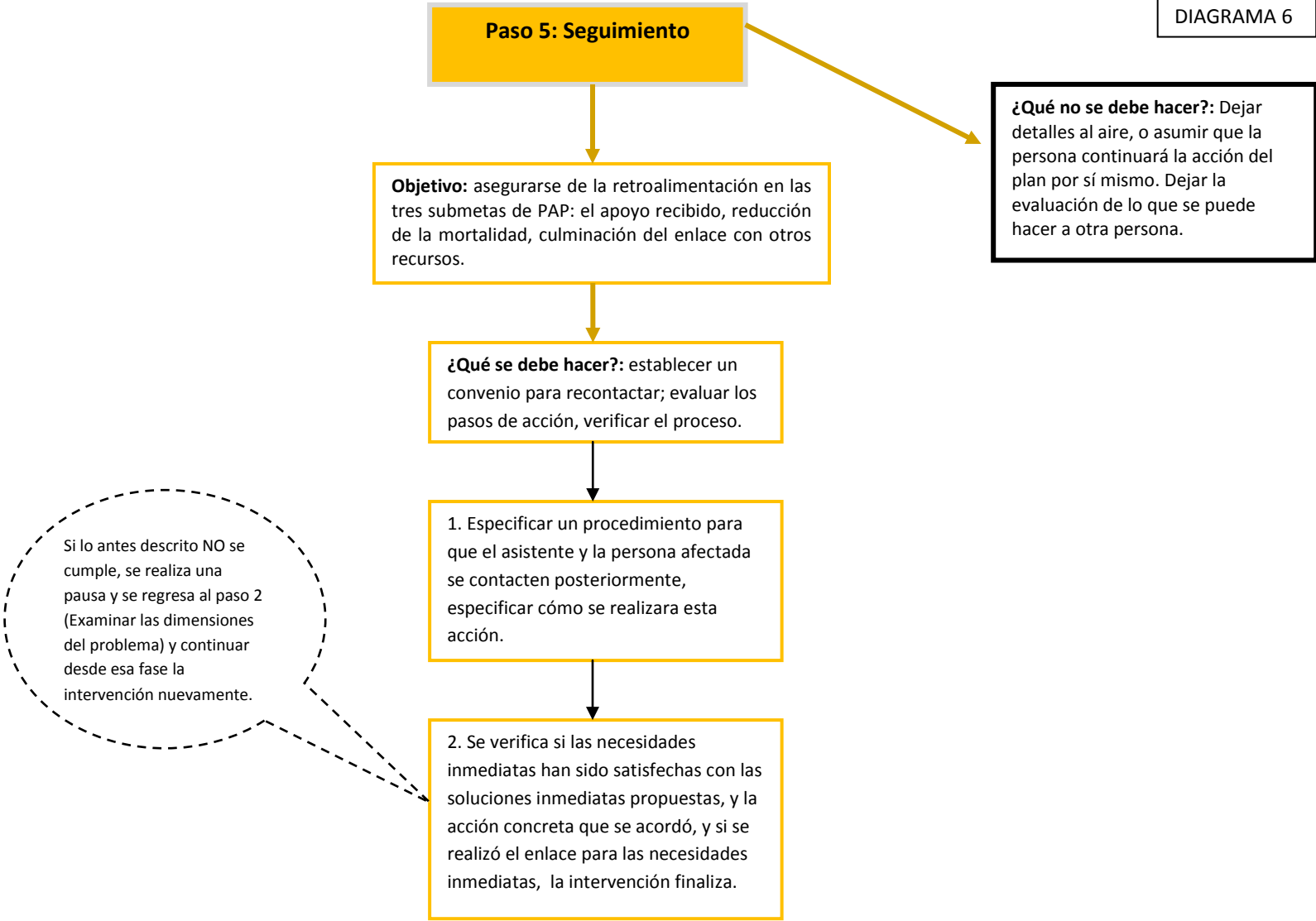


DIAGRAMA 6



## 4.4 Remisión

Se debe recordar que una de las metas que se plantean para los Primeros Auxilios Psicológicos es precisamente la de “enlazar con fuentes de asistencia” (Slaikou, 1995: 110). El enlace de las personas afectadas con las fuentes de asistencia, es una acción que comprende la evaluación y la determinación de las necesidades que la víctima tiene; éstas pueden comprender distintos aspectos de la integridad de la persona, como por ejemplo el aspecto físico, psicológico, legal, etc. Los intervinientes, quienes son los encargados de realizar la valoración de las necesidades de las personas mediante las intervenciones, tienen la labor de vincular con centros especializados que proporcionen el apoyo y la ayuda necesaria a las personas, cuando las necesidades de las mismas excedan la capacidad de respuesta, tanto de los intervinientes como del organismo para el cual prestan sus servicios.

En lo concerniente a la práctica de los Primeros Auxilios Psicológicos, dado que ésta es una práctica de primera instancia, se atienden las necesidades prioritarias de los afectados en relación al suceso crítico. Sin embargo, a lo largo de las intervenciones, pueden ser manifestadas necesidades mucho más profundas y que requieren, no solo una atención especializada, sino también tratamientos a largo plazo como para evitar consecuencias nocivas. En este sentido, la remisión se refiere a la derivación de personas afectadas hacia organismos que brindan ayuda especializada en los aspectos que se manifiestan las necesidades de las víctimas. Ejemplo de ello son los hospitales, centros terapéuticos, organismos legales, etc.

Con el objeto de determinar la naturaleza de las necesidades que deben ser atendidas en las personas afectadas, es fundamental que los intervinientes tengan claros cuáles son los criterios que determinan el límite de su asistencia. De manera que, la capacitación, la experiencia y la sensibilización del personal de asistencia juegan un rol primordial en esta actividad. En la mayoría de los casos, los organismos que se encargan de socorrer a víctimas, actúan en atención pre hospitalaria, entonces deben contar con una red de apoyo que se encargue de la atención y el manejo posterior de las víctimas.

## 4.5. Consideraciones éticas

El protocolo de intervención en crisis, está regido por los siguientes principios éticos. Según Juan Manuel Cobo, autor del texto *Ética profesional en ciencias humanas y sociales*, la ética profesional se refiere a “los criterios profesionales aportados por la ciencia o disciplinas científicas, que ha de aplicar el profesional o, conocidos desde la experiencia sobre usos correctos, usos incorrectos y abusos de conocimientos y destrezas profesionales en el ejercicio de la profesión.” (Cobo, 2001: 30).

Los aspectos éticos para aquellos profesionales y/o paraprofesionales<sup>10</sup> que brindan asistencia a personas en estados de crisis son los siguientes:

- Su labor presenta obligaciones que el profesional tiene para sí mismo y para quienes brinda un servicio. Las personas a quienes prestan la asistencia son seres humanos que se hallan en un estado de vulnerabilidad, desequilibrio e inestabilidad, el mismo que podría dar lugar a conductas negativas o el aprovechamiento de la fragilidad de estas personas (Kanel, 2007: 31).
- El interviniente deber ser consciente que él actuará como un mediador o facilitador en el proceso de Primeros Auxilios Psicológicos.
- El interviniente debe poner especial cuidado en sus actitudes, pensamientos y palabras y además tener claras las metas de su intervención.
- El bienestar de las personas no es solo el fin último que guía el proceso, sino también un factor que compete a las acciones que se realizan para lograr una intervención en la cual las personas en crisis logren encontrar y movilizar recursos propios para organizar y elaborar la situación desestabilizadora.
- Es importante que el interviniente se vuelva consciente de sus propios recursos (conocimientos y habilidades propias y adquiridas a lo largo de su formación como asistente en situaciones de crisis) y limitaciones y de esta manera conducir con eficacia sus intervenciones.
- La capacitación tanto teórica, técnica y práctica del personal de apoyo en intervención en crisis de primera instancia, el contar con información y

---

<sup>10</sup> Paraprofesionales: asistentes, voluntarios o trabajadores que brindan servicios en equipos multidisciplinarios o en instituciones sin fines de lucro, los mismos que ayudan en la labor de asistencia a los profesionales en situaciones de crisis. (Kanel, 2007: 32).

herramientas claras y actuales, incidirá en gran medida en las formas de llevar a cabo las intervenciones. .

- Los asistentes deben mantener claro el rol que cumplen dentro de la comunidad o con respecto a las personas a quienes prestan sus servicios.
- La confidencialidad es un valor ético que atraviesa cualquier tipo de intervención y de asistencia a personas en situaciones de crisis. La confidencialidad salvaguarda la información que el asistido confía al asistente, pues existe un acuerdo tácito entre ambos en el sentido en que la información proporcionada no puede ser divulgada ni utilizada de ninguna manera, a menos que el asistido, dueño de la información lo autorice, o para prevenir daños a la persona asistida como a quienes se encuentran a su alrededor. De esta manera, se garantiza la integridad y la privacidad del afectado.

#### **4.6 Principales desafíos y retos en la investigación realizada.**

Al finalizar esta disertación y luego de haber realizado la investigación correspondiente, quedan algunos desafíos para Cruz Roja, que son importantes considerarlos:

1. Es fundamental realizar una sensibilización ante la importancia de los Primeros Auxilios Psicológicos en las actividades de asistencia de los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana.

2. Es necesario adoptar un modelo psicológico (general y específico) en intervención en crisis de primera instancia que pueda cubrir las aéreas de trabajo de los voluntarios, tomando en cuenta que no son personal especializado en el área psicológica.

3. Es fundamental coordinar y ejecutar los talleres sobre PAP dentro de la planificación de las actividades de Cruz Roja Ecuatoriana.

4. Es necesario recolectar datos e información específica acerca de las necesidades de los voluntarios en la práctica de Primeros Auxilios Psicológicos.

## Conclusiones

Una vez finalizada la presente disertación, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

1. El desastre no debe ser considerado como un hecho aislado de ocurrencia absolutamente fortuita, sino mas bien, como un factor resultante de la combinación de otros: amenaza, vulnerabilidad, tanto social como psicosocial, y riesgo. También es relevante mencionar que el conocimiento de los factores que tienen lugar al momento de un desastre permite la construcción de planes de acción en cuanto a la prevención y el manejo de los mismos.

2. Las situaciones de crisis son eventos de tipo estacional que exceden las capacidades de respuesta de los individuos para hacer frente a la situación y por lo tanto se tornan desequilibrantes.

3. Se han propuesto modelos de intervención en crisis de primera instancia, los mismos que buscan el restablecimiento de las funciones y la productividad de los individuos, con el objetivo de dar pautas que sirvan de guía para una adecuada tramitación de la crisis.

4. Los resultados arrojados tras la aplicación del instrumento de evaluación, muestran que el 87,9% de los encuestados consideran que las situaciones en las que intervienen como personal de apoyo de la Cruz Roja Ecuatoriana, requieren de conocimientos en Primeros Auxilios Psicológicos. Sin embargo solo el 2% conoce al menos dos pasos de este modelo de intervención en PAP, estos resultados revelan un manejo precario en las fases de Primeros Auxilios Psicológicos, en situaciones de crisis, rechazando parcialmente la hipótesis planteada inicialmente.

5. Cruz Roja Ecuatoriana cuenta con herramientas bibliográficas como referencia en el tema de Primeros Auxilios Psicológicos, sin embargo, no se presenta un modelo general base del cual puedan partir intervenciones específicas o concretas en el tema de intervención en crisis de primera instancia.

6. Los voluntarios de Cruz Roja Ecuatoriana no cuentan con la información necesaria para asistir en Primeros Auxilios Psicológicos y realizar intervenciones adecuadas en situaciones de desastres.

7. Se articularon lineamientos de Primeros Auxilios Psicológicos para la asistencia en situaciones de crisis, herramienta que está diseñada para su aplicación en las distintas acciones humanitarias que lleva a cabo la institución. Dichos lineamientos, contienen principios básicos en la práctica de Primeros Auxilios Psicológicos y consideraciones éticas relevantes para intervenir en desastres.

## Recomendaciones

La práctica de Primeros Auxilios Psicológicos al encontrarse en constante cambio y actualización requiere para su efectivo funcionamiento algunas consideraciones.

- Es urgente que Cruz Roja adopte una política clara sobre la importancia de incluir los Primeros Auxilios Psicológicos como parte de la formación de sus voluntarios.
- Es urgente que Cruz Roja adopte un modelo de intervención en crisis de primera instancia y que realice capacitaciones continuas acerca del tema, en las cuales se refuercen conocimientos y se adquieran nuevas destrezas Primeros Auxilios Psicológicos, aplicando las fases de PAP y sus técnicas.
- Es necesario también presentar a los asistentes un modelo estructurado de intervención en crisis que proporcione acciones concretas en lo que a Primeros Auxilios Psicológicos se refiere.
- Es fundamental realizar un seguimiento periódico de las capacitaciones y talleres acerca de los Primeros Auxilios Psicológicos, para incentivar la profundización en el tema y generar aportes que permitan crear una red de conocimientos sobre la intervención en crisis.

## Bibliografía

- Bellak, Leopold. Goldsmith, Lisa A. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F. México. 1993.
- Benjamin, Jean. *El Estrés*. Publicaciones Cruz O., S.A., reimpresión 2002. México D.F. 1992.
- Benyakar, Moty. *Lo Disruptivo .Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina. 2006.
- Beristán, Carlos Martín. *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria editorial, s.a. Barcelona, España. 2004.
- Bruno, F. J. *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Paidós. Barcelona. 1997.
- Cardona A, Omar Darío. Evaluación de la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo. 1993. Recuperado de [http://www.desenredando.org/public/articulos/2003/rmhcvr/rmhcvr\\_may-08-2003.pdf](http://www.desenredando.org/public/articulos/2003/rmhcvr/rmhcvr_may-08-2003.pdf).
- Cobo, Juan Manuel. *Ética profesional en ciencias humanas y sociales*. Huerga&Fierro editores. Madrid, España. 2001.
- Cohen, Raquel, *Salud mental para víctimas de desastres, Manual para trabajadores*, Organización Panamericana de la Salud, México D.F. 1999.
- Cohen, Raquel & Ahearn, Frederick, *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*, Organización Panamericana de la Salud, México D.F. 1990.
- Cruz Roja Ecuatoriana. Cruz Roja Española. *Manual de Gestión de Riesgos y Preparación para Desastres*. Cruz Roja Ecuatoriana. Ecuador. s.a.
- Dattilio, Frank. Freeman, Arthur. *Cognitive- Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. The Guilford Press. New York, EE.UU. 2010.
- Everstine, S. Diana. Everstine, Louis. *Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. Editorial Pax México. México D.F., México. 2000.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Primeros Auxilios Psicológicos*. Centro Regional de Referencia en Educación Comunitaria. Federación Internacional de la Cruz Roja. Costa Rica. s.a.
- García Renedo, Mónica. Gil Beltrán, José Manuel. Valero Valero, Mar. *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. Universidad de Jaume Publicaciones. España. 2007.
- Greenstone, L. James. Leviton, C. Sharon. *Elements of Crisis Intervention. Crises and How to Respond to Them*. Cengage Learning. EE.UU. 2002.
- Kanel, Kristi. *A Guide to Crisis Intervention*. Cengage Learning. EE. UU. 2007.
- Kuroiwa, Julio. *Reducción de desastres*. Lima, Perú. 2002.
- Maldonado, Jorge. Crisis, pérdidas y consolación en la familia. Libros Desafío. EE.UU. 2005.

- Mingote, José Carlos & Pérez García, Santiago. *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España. 2003.
- Muñoz Arteaga, Domingo & Silva García, Luis. *Asistencia a múltiples víctimas. Catástrofes*. Editorial MAD. Sevilla, España. 2006.
- Narvaez, Lizardo. Lavell, Allan. Ortega Pérez, Gustavo. *La Gestión del Riesgo de Desastres*. Comunidad Andina. Lima, Perú. 2009.
- Noji, Erik. *Impacto de los desastres en la salud pública*. Publicación OPS. Bogotá, Colombia. 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. *Mitigación de desastres naturales en sistemas de agua potable y alcantarillado sanitario*. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OPS. Washington D.C. 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Los desastres naturales y la protección de la salud*. Biblioteca OPS, Publicación científica N. 575. EE.UU. 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastre y emergencias*. Washington D.C. 2002.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Atención a personas con discapacidad en situaciones de desastre*. s.l. 2000. (OPS, OMS, Recuperado de <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/ofertas/ManualDesastres.pdf>).
- Parada, Enrique. *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclée De Brouwer. España. 2008.
- Pittman, Frank S. III. *Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Paidós. Barcelona, España. 1998.
- Portuondo, Juan A. *Introducción al Psicoanálisis*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1980.
- Ríos, José Antonio. *Los ciclos vitales de la familia y la pareja. Crisis u oportunidades*. Editorial CCS. Madrid, España. 2005.
- Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la lengua española (22<sup>a</sup> ed.)*. (12 vols.). Madrid, España: Espasa Libros. 2001.
- Roberts, Albert. *Crisis Intervention Handbook. Assesment, Treatment and Research*. Oxford University Press. EE.UU. 2005.
- San Juan, César. *Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento*. Icaria editorial s.a. Barcelona, España. 2001.
- Slaikeu, Karl. *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*. Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V. México. 1996.
- Van der Hart, Onno. Nijenhuis, Ellert R.S. Steele, Kathy. *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao, España. 2008.

- Wainrib, Barbara. Bloch, Ellin. *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y Práctica*. Desclée De Brouwer. España. 2000.
- Wiger, Donald E. & Harowsky, Kathy J. *Essentials of Crisis Counseling and Intervention*. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey, USA. 2003.
- (OPS, Recuperado de <http://www.disaster-info.net/planeamiento/files/AyudasVisuales/PPTs/AyudasLeccion1.ppt#266,5,EMERGE NCI>)