

**INTERVENCIÓN EN CRISIS: EVENTOS TRAUMATICOS EN  
SITUACIONES DE DESASTRE**

Karen Guerrero Rey  
Universidad de la Sabana

### **Resumen**

Este artículo pretende dar una visión amplia de la intervención en crisis en personas que han presenciado alguna vez un evento traumático en situaciones de desastre. Tales eventos pueden traer como consecuencia un desorden psicológico debido al estrés que desencadena las crisis. Actualmente se han generado un gran interés a nivel social por los comportamientos individuales y colectivos ante situaciones de emergencia y catástrofe, debido a las víctimas y pérdidas materiales que originan estos sucesos negativos. En esta revisión teórica se incluyeron temas como estrés agudo, estrés postraumático e intervenciones. Se hace énfasis en la intervención en crisis y valoración del evento por la familia, la influencia de la cultura y el proceso de duelo en situaciones de desastre.

Palabras claves: Intervención en crisis, estrés postraumático, estrés agudo, crisis familiar, intervención familiar.

### **Abstract**

This article seeks to give a wide view of crisis intervention in people that have witnessed a traumatic event at some time in disaster situations. These events can result in a psychological disorder due to the stress that unchains the crises. At the moment the disaster event had been generated a great interest at social level to individual and collective behaviors before the emergency and catastrophe situations, due to the victims and lost materials that originate these negative events. During this technical review some topics were included like Acute Stress Disorder, Posttraumatic stress and interventions. Emphasis is made in crisis intervention and valuation of the event for the family, the influence of culture and the duel process in disaster situations.

Key words: Crisis intervention, posttraumatic stress disorder, acute stress disorder, family crises, family intervention.

## INTERVENCIÓN EN CRISIS: EVENTOS TRAUMATICOS EN SITUACIONES DE DESASTRE

La importancia de llevar a cabo el desarrollo de este trabajo, nace de investigar y conocer el proceso que realizan los profesionales de la salud mental en la intervención en crisis de una forma colectiva e individual en situaciones de desastre. Esta revisión teórica será el resultado de 50 revisiones bibliograficas encontradas entre libros, revistas y paginas Web. La importancia del psicólogo en la intervención de situaciones de desastre es crucial, para ayudar aquellas personas que son victimas directas e indirectas, para encontrar de nuevo el equilibrio emocional y prever el estrés que desencadenan las crisis.

La existencia humana esta marcada por toda clase de eventos, algunos de los cuales son tristes, violentos o peligrosos, ningún ser humano esta exento de presenciar o vivenciar algunos de estas situaciones, lo cual puede llevar a cualquier individuo a enfrentar un estado emocional, que de no ser resuelto adecuadamente nos arrojaría a un desequilibrio total, a lo cual le hemos llamado *crisis* (Sansón, 2004).

Slaikau (1996) define una *crisis* como un “estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo “peligro y oportunidad”.

De acuerdo con Ericsson (1950) citado por Fernández y Rodríguez, (2002) la crisis son experiencias normales de la vida, reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre si mismo y el entorno.

El estrés que desencadenan la crisis puede ser una acontecimiento externo o interno, puede ser un solo hecho catastrófico o una acumulación de de acontecimientos graves (Fernández y Rodríguez 2002).

Actualmente, se está viviendo un momento de profunda crisis social en distintos situaciones. Las diversas formas de violencia, que golpean de manera directa

a un gran número de personas, guerras, ataques con misiles, bombas en edificios, auto bombas etc. afectan a la sociedad y a cada individuo siendo esto una manera de manifestación agresiva (Lorenzo, 2003).

Debido a estas situaciones, los profesionales de la salud mental deben de enfrentarse y asistir a eventos de suma urgencia colectiva o individual, con la suficiente capacidad de abordar e intervenir situaciones de crisis en eventos que puedan llegar a ser traumáticos, entendiendo que cada situación o evento puede ocasionar consecuencias de todo tipo como la muerte, secuelas físicas y un gran sufrimiento psicológico en los afectados. Algunas personas llegan a superarlo rápidamente, mientras que otras tienen más dificultades y pueden quedar marcadas por el trauma durante toda su vida (Brock y Cowan, 2004).

Una crisis es un momento en la vida de un individuo, el cual debe enfrentar, de manera inaplazable, situaciones de conflicto, que lo lleva a una mayor tensión y ansiedad, inhabilitando encontrar soluciones al problema, debido a la pérdida de control emocional (Lorenzo, 2003).

Las personas que atraviesan por un estado de crisis se encuentran en una etapa vivencialmente importante para continuar el curso de su vida, no importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida.

La intervención llevada a cabo por los profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

En la última década se ha suscitado un enorme interés a nivel social por los comportamientos individuales y colectivos ante situaciones de emergencia y catástrofes. Las víctimas y pérdidas materiales que originan estos sucesos negativos, hay que sumarle los efectos y las consecuencias producidas por las conductas de pánico y la gran desorganización social que suele imperar posteriormente a los mismos (Berdullas, 2000).

La intervención terapéutica resulta tan atingente, como la de un paramédico cuando procede a proporcionar soporte de vida a un herido de gravedad. Los métodos

por los cuales se auxilian a las víctimas de una crisis a lograr su recuperación son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis, y tienen un par de propósitos esenciales: a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra y b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido. Existen otros enfoques útiles para el abordaje del trauma y crisis emocionales con matices distintos a intervenciones comunes, por ejemplo; los primeros auxilios emocionales o traumatología emocional y la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. (Calderón, 2003).

#### Características de las Crisis

Slaikou (1996) define cinco características en un estado de crisis: la primera, es temporal, es decir, el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas aproximadamente. La segunda, casi siempre hay un suceso que lo precipita. Tercera, tiene un curso secuencial más o menos predecible. Cuarta, tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos (o sea, para mejor o para peor). Y por último, su resolución depende entre otras cosas de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.

#### *Síntomas de las Crisis*

Algunos síntomas que se presentan en un evento de crisis son: agotamiento, cansancio, desorganización laboral, familiar y social, ansiedad, confusión y síntomas físicos, teniendo en cuenta que el sistema límbico es quien controla las emociones y las conductas derivadas para la preservación de la especie, y por otro lado, el hipocampo es el responsable de la dimensión espacial y temporal de la memoria de las experiencias.

Dykeman, (2005) “los síntomas de desorden nervioso agudo pueden estar claros, incluso un sentido subjetivo de separación, una reducción en el conocimiento de los ambientes de uno, un sentido de despersonalización, Por consiguiente, el enfoque de atención puede dirigirse a la propia ruptura, en lugar del evento precipitando”. (p.46). (Extraído de la red 2 de Mayo de 2006).

Estas son en su mayoría las características y los síntomas que destaca una crisis, además de estas descripciones cabe resaltar, que a la hora de una toma de decisión en emergencias, las personas enfrentan un estrés psicológico y un conflicto de decisión.

Cortez y Aragonés, (1997) resaltan cinco de los patrones de afrontamiento de estrés, frente a la toma de decisiones en emergencias, dichos patrones son (a) inercia (b) cambio a una nueva línea de acción (c) negación defensiva (d) hipervigilancia (e) vigilancia. Este último patrón de conducta mencionado, la vigilancia, conduce a decisiones de calidad; pero los cuatro anteriores -que en situaciones cotidianas pueden ser adaptativos en la medida en que reducen tiempo, esfuerzo y deterioro emocional-, pueden por el contrario, en caso de emergencia, dar lugar a decisiones erróneas. No pueden desconocerse dos factores por los cuales las decisiones en situaciones de riesgo difieren de las de la vida cotidiana, el hecho de que esta en juego la propia vida o la de personas próximas y el tiempo disponible para escoger una alternativa, que suele ser demasiado breve.

La orientación terapéutica ha conseguido en algunos países, aunque lentamente, vencer las resistencias de las organizaciones de emergencias; las cuales por el hecho de afrontar situaciones traumáticas en su práctica cotidiana suelen ser particularmente reacias a reconocer los síntomas de estrés en su personal e incluso su condición de potenciales víctimas (Cortez y Aragonés, 1997).

De acuerdo con Pittman, (1999) Cada crisis es quizás única pero la mayoría posee aproximadamente las características de dos fundamentalmente: La primera categoría corresponde a la crisis de desarrollo, son aquellas relacionadas con el pasaje de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la vejez, y que, por lo tanto, son más predecibles. La segunda son las crisis circunstanciales, son aquellas donde el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que tales crisis pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Son accidentales e inesperadas, y su rasgo sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental: incendios, inundaciones, violaciones, desempleo, secuestro, terremoto, guerras. Según el autor, la crisis

circunstancial tiene cinco características: Es repentina, aparece de golpe; Es inesperada, no puede ser anticipada; Es urgente, ya que amenazan el bienestar físico o psicológico; Masiva muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo, desastres naturales, guerras); Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

### Catástrofe y Trauma

De acuerdo con Sancho (1997) & Baillo (1950) citado por Sigales (2006) Actualmente el término catástrofe se utiliza para definir una desgracia aterradora y violenta La palabra catástrofe tiene su raíz etimológica en el griego *Katastrophé* proviene de la palabra *καταστροφή*, (violencia, convulsión, demoler, destruir).

Se tiene en cuenta que muchos autores utilizan el término catástrofe o desastre como sinónimos, de acuerdo a los países o culturas a las que pertenecen, sin embargo otros realizan una distinción.

Según Marcuello (2005) desastre y catástrofe son dos conceptos diferentes con algunas semejanzas, la situación de desastre (sin entrar en los tipos que existen) para los que se necesita una mayor infraestructura y en el que se dan un mayor número de heridos, damnificados y conlleva un mayor coste económico, suponiendo una alarma para la población; mientras que catástrofe refiriéndose a un desastre masivo, con consecuencias destructivas que abarca una mayor extensión, supone un gran esfuerzo humano, material y de coordinación. Las catástrofes, con sus secuelas de horror y sufrimiento, provocan alarma social y suscitan la necesidad de una intervención para remediar, en lo posible, los daños producidos.

Según Sigales (2006) la catástrofe o desastre es un agente agresor que puede llegar a traumatismo. El cual someterá al aparato psíquico a un conflicto. En esta experiencia la persona pondrá en juego distintas reacciones que darán lugar a un proceso cognitivo-comportamental. Este proceso permitirá que, en función de sus recursos (materiales, intelectuales, físicos, psíquicos y emocionales), el individuo pueda tener una respuesta más o menos adaptada.

Por otro lado, Benyakar (2003) define el término catástrofe como a la acción desestructurante del evento en cualquier orden: individual, colectivo y material.

De acuerdo con Tierney (1986) citado por Sasson (2004) definió el término desastre como estrés colectivo en un área geográfica particular que interfiere el movimiento o la marcha de la vida social de una comunidad, con un comienzo repentino, algún grado de pérdida y sujeto al comportamiento humano.

En efecto, en la medida en la que la persona disponga o no de los recursos necesarios para enfrentar la catástrofe, esta confrontación podrá ser en un momento determinado, la causa de un traumatismo psíquico (Casablanca, 2003).

El comportamiento humano en situaciones de emergencia es descrito generalmente en términos de huida-respuesta e influenciado por las reacciones emocionales colectivas: la gente huye del peligro, se enfrenta a él, o queda conmocionada por el impacto de los hechos (Martín, 2000).

En muchas catástrofes y situaciones de riesgo se observa conductas colectivas e individuales adecuadas (como es el orden de evacuación o la solidaridad con las víctimas etc.), lo cual permite tener una organización de los recursos, pero no siempre esto ocurre, en otras circunstancias se observa conductas inadecuadas, las cuales causan dificultad en la organización y en el afrontamiento de la situación.

Benyakar (2003) considera la existencia de dos grandes tipos de desastres: en la primera, describe las provocadas por la acción u omisión del hombre; y la segunda, las que son producto de los fenómenos naturales que escapan a su control. En el campo de la salud mental, es importante determinar las especificidades de cada una de ellas, ya que la causalidad del evento será uno de los determinantes de la forma en que se transmitirá el dolor. A su vez, cada una de ellas tiene rasgos particulares que se deben considerar si son fugaces, prolongadas, transitorias, permanentes, individuales o colectivas.

Para algunos autores las consecuencias que dejan una catástrofe o desastre, puede ser de gran impacto para aquellas personas que vivencia la situación, para algunos el evento puede ser impactante y durar poco tiempo, mientras que para otras

personas el evento puede ser demasiado traumático, lo cual muy posiblemente puede durar por un largo periodo.

### Trauma

Trauma y traumatismo son términos utilizados ya antiguamente, en medicina y cirugía. Etimológicamente, “trauma” proviene del verbo griego que significa lastimar, perforar, agotar, dejar exhausto, los cuales denotan herida o injuria. Por tanto, el término trauma designa una herida con efracción; traumatismo se reservaría para designar las consecuencias sobre el conjunto del organismo de una lesión resultante de una violencia externa. (Sasson, 2004).

Según Martín (2000) habla de trauma como el choque emocional por una experiencia violenta y que deja una impresión duradera.

Sin embargo, durante toda la historia de la humanidad, médicos, psiquiatras y psicólogos señalan actualmente, que hay procesos psicológicos que pueden afectar de manera abrupta a las personas expuestas a una situación traumática.

Ericsson et al (1976) citado por Sasson (2004) define el trauma individual como un golpe a la psiquis que rompe las defensas de las personas de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz, y el trauma colectivo como un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad.

Según Laplanche y Pontalis (1998) citado por Kleespies (2000) el enfoque del psicoanálisis ha recogido el término trauma, trasponiendo al plano psíquico las tres significaciones inherentes al mismo: la de un choque violento, la de una efracción y la de consecuencias sobre el conjunto de la organización.

El denominador común de estas experiencias traumáticas es la presencia de una situación conflictiva que no puede ser resuelta dentro de los parámetros culturales y sociales que regulan la experiencia de dicho individuo. En la experiencia traumática, hay una trasgresión de los principios básicos de confianza mutua en el otro o en el sistema que garantiza la capacidad de sobre vivencia dentro del contexto de las relaciones humanas (Olarde, 2000).

El ser que es victimizado no solo experimenta el trauma como una agresión y una amenaza a su sobrevivencia propia, sino que debido a las circunstancias el trauma se produce, ya sea de su medio íntimo interpersonal, social como procesos políticos, abuso de derechos humanos, catástrofes, ocasionando en el individuo un conflicto psicológico, donde sufrirá alteraciones en su capacidad de regular sus efectos, alteraciones de conciencia, alteraciones en la experiencia vivencial de su concepto “ser”, alteraciones en su capacidad de percibir situaciones catastróficas o de riesgo, alteraciones en su relación con otros y alteraciones en su sistema de valores (Arboleda, 2000).

Sassón (2004) elaboró un resumen del impacto de diferentes tipos de eventos traumáticos sobre los individuos. En el primero señala, el Impacto a corto plazo de los desastres naturales (inundaciones, terremotos, huracanes) o tecnológicos (explosiones, incendios, derrumbes). La mayoría de las víctimas, que se vieron expuestas a algún acontecimiento traumático, en un principio se sienten aturdidas, ofuscadas, atontadas, y evidencian síntomas como, por ejemplo, entumecimiento afectivo, inhibición, indecisión, miedos, los síntomas pueden desaparecer en 6 semanas. Los tres tipos de trastornos psiquiátricos que prevalecen, en adultos, luego de sufrir un acontecimiento traumático son: ansiedad, depresión y estrés postraumático, mientras que en los niños, las respuestas más comunes a los desastres son las fobias específicas, ansiedad de separación, problemas del sueño y síntomas de estrés postraumático. Segundo, el Impacto a largo plazo de la exposición a desastres naturales y tecnológicos, los efectos de los desastres pueden persistir durante años, aunque muchos de los síntomas desaparecen dentro de los primeros 16 meses. Tercero, el impacto en víctimas de agresiones físicas o sexuales: Las víctimas de violación constituyen el grupo más grande de afectados individuales. La mayoría de las violaciones se producen durante la infancia o adolescencia y los perpetradores suelen ser conocidos de las víctimas. Y por último el impacto de los traumas bélicos: Hay un considerable número de estudios llevados a cabo con muestras de veteranos de guerra, algunos de los cuales han sido realizados en Estados Unidos y se focalizaron, exclusivamente, en los Veteranos de Vietnam.

Según Sigales (2006) “En psicología se retomó el vocablo de traumatismo para identificar al traumatismo psíquico como la transmisión de un choque psíquico ejercido por agentes externos sobre el psiquismo, causante de modificaciones psicopatológicas” (p.12).

### Trastorno de Estrés Agudo

El desorden de estrés agudo (ASD), un desorden de ansiedad, es similar a estrés postraumático en eso que ocurre después de la exposición a un evento traumático. Como con estrés postraumático, ellos incluyen la reexperimentación, anulación y aumentó la excitación. Sin embargo, menos síntomas se requieren en cada categoría para hacer un diagnóstico. El estrés agudo puede progresar hasta llegar a tener un estrés postraumático (Cohen, 2003).

López (2000) describe los criterios internacionales de diagnóstico del T. por Estrés Agudo acorde al DSM-IV TR, son los siguientes:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. a). Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido), desrealización, despersonalización, amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Por esta razón es importante el reconocimiento temprano e intervención inmediata por parte de los profesionales de la salud mental.

### Trastorno por Estrés Postraumático

Cabe resaltar, que uno de los efectos de la tensión traumática es una condición conocida como el desorden nervioso de estrés postraumático (PTSD).

La literatura del trauma actual, sugiere tanto se relacionan los factores al riesgo aumentado o disminuyó para el estrés postraumático PTSD. La probabilidad de desarrollar estrés postraumático y la severidad y cronicidad de síntomas experimentada es una función de muchas variables, la exposición del ser más importante a un evento traumático. Es por consiguiente importante tener presente que, incluso entre los individuos vulnerables, estrés postraumático no existirían sin la exposición a un evento traumático (Anónimo, 2001).

La intervención efectiva sobre el trastorno por estrés postraumático, término en sí mismo multidimensional y complejo, y que en los últimos años está gozando de un mayor interés y reconocimiento, estando de especial actualidad en estos momentos por los acontecimientos acaecidos el 11 de Septiembre de 2001 en Nueva Cork, el 11 de Marzo de 2004 en España, situaciones de guerra en otros países y de muchos eventos de desastres naturales en diferentes partes del mundo (Bobes, 2000).

De acuerdo con Holmes (1985) citado por Puchol (2001) las evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo sexto antes de Jesucristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate.

Las respuestas al estrés traumático han sido etiquetadas de muy diversas formas a lo largo de los años. Algunos términos diagnósticos utilizados han incluido los de Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Batalla (Puchol, 2001).

Según Stierlin (1906) citado por Bobes (2000) fue el primero en estudiar una población no clínica, este autor analizo una muestra compuesta por mineros que habían sufrido un grave accidente, o que estuvieron cerca del mismo y en 1907 estudio una población de Messina (Italia) donde se había producido un terremoto pocos meses antes; encontrando que la causa del trastorno era el acontecimiento traumático, pero existía vulnerabilidad a padecer la enfermedad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) reconoció por primera vez el trastorno por estrés postraumático como una entidad diagnóstica diferenciada en el año 1980. Fue categorizado como un trastorno de ansiedad por la característica presencia de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica (Puchol, 2001).

En 1994, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) fue publicado y en él se recogen, respecto a los criterios diagnósticos del trastorno, los últimos avances e investigaciones realizadas en el campo.

El desorden nervioso Estrés post-traumático, puede afectar una gama amplia de pacientes en la práctica de la familia, sin tener en cuenta la cultura, edad, sexo o clase socio-económica. Los médicos ocupados necesitan ser conscientes de su posible diagnóstico proporcionar el cuidado compasivo y eficaz a los pacientes afectados o comenzar las intervenciones preventivas a aquéllos al riesgo (Travis, Lange y Cabaltica, 2000).

Para referirse al estrés postraumático, se debe tener en cuenta que hay criterios diagnósticos ampliamente utilizados en la actualidad de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Según con la clasificación realizada por el CIE-10, clasifica Trastorno de estrés post-traumático (F43.1) Surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad (Sigales, 2006).

Los criterios internacionales de diagnóstico del T. por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR, son los siguientes: El individuo a estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ej. guerras, atentados o catástrofes), ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas: recuerdos y sueños del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar, el individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (por ej. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks), malestar psíquico, respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (López, 2000).

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas: dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira y dificultad para concentrarse, respuestas exageradas de sobresalto. Estas alteraciones duran más de 1 mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona (López, 2000).

Deacuerdo con Everly (1995) citado por Puchol (2001) se ha afirmado que el estrés postraumático puede representar "una de mas severas e incapacitantes formas de estrés humano conocido".

La detección y reconocimiento del estrés asociado a situaciones traumáticas es el primer paso para el individuo en su camino para su total recuperación e integración social.

### Tipos De Eventos Traumáticos

Los eventos traumáticos son, en la mayoría de las ocasiones inesperados e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y autoconfianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno.

Ejemplos de este tipo de situaciones son los siguientes: Accidentes, desastres naturales, huracanes, terremotos, inundaciones, avalanchas, erupciones volcánicas, inesperadas muertes de familiares, asaltos, delitos, violaciones, abusos físicos, sexuales, torturas, secuestros y experiencias combate.

Otras formas de estrés severo (pero no extremo) pueden afectar seriamente al individuo pero generalmente no son los detonantes típicos de un trastorno por estrés postraumático, puede ser por ejemplo la pérdida del puesto de trabajo, divorcio, fracaso escolar, entre otros (Scarpa, Chiara y Hurley, 2006).

De acuerdo con Salomón, Gerrity, y Muff (1992) citado por Sánchez (2001) es importante destacar, que a pesar de la heterogeneidad de los sucesos traumáticos, los individuos que directa o indirectamente han experimentado este tipo de situaciones muestran un perfil psicopatológico común etiquetado en la actualidad, bajo el rótulo de trastorno por estrés postraumático y en algunas ocasiones se presentan otros trastornos asociados como depresión, trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico o abuso de sustancias.

#### Intervención en Crisis: Eventos Traumáticos en Situaciones de Desastre

El proceso de intervención en crisis involucra, primero, identificar y clarificar los elementos de la crisis (el problema o tema o situación); segundo, desarrollar estrategias para la solución de problemas; y tercero, movilizar a la persona a actuar sobre estas estrategias (Rubin, 2001).

De acuerdo con Dyregrov (1989); Hodgkinson y Stewart (1991) citado por Invar (2000) los objetivos de la intervención en crisis, son los siguientes: permitir la expresión de vivencias y emociones experimentadas durante el evento; disminuir el estrés proveniente de amenazas psicológicas, expectativas, exigencias, predicciones, distorsiones cognitivas; incrementar la organización cognitiva recogiendo explicaciones alternativas al evento; activar recursos internos (capacidad de afrontamiento) y externos al individuo o al grupo (búsqueda y reclutamiento de apoyo, solidaridad y cohesión); disminuir la sensación de anomalía o marginalidad (aumentando la normatividad y la legitimidad de los síntomas vivenciados); por

último, la preparación para ciertas experiencias, como ser el surgimiento de síntomas y reacciones posibles, y la identificación de posibilidades de asistencia psicológica, si fuera necesario

Tanto los desastres naturales como los provocados por el hombre afectan a miles de personas cada año. Los efectos de los desastres sobre la salud física están bien descritos, cabe resaltar que muchos estudios muestran evidencias de la aparición de secuelas psicológicas que son el resultado del estrés causado directamente por los desastres y por la discontinuidad de la vida comunitaria y pérdida de rol social (Lorenzo, 2003).

Los sobrevivientes sufren dolor e incapacidad, los hogares, lugares de trabajo, equipos etc. son dañados o destruidos y los efectos emocionales a corto plazo de un desastre en donde surge el miedo, la ansiedad aguda, los sentimientos de congelación emocional y tristeza. Para muchas víctimas, estos efectos desvanecen con el tiempo, pero para muchos otros, puede haber efectos emocionales a largo plazo, que pueden ser muy obvios y discretos (Serres, 2001).

Algunos de los efectos emocionales son respuestas directas al trauma del desastre. Otros efectos son respuestas a largo plazo de los efectos interpersonales, sociales y económicos del desastre. Lo cual obliga a los profesionales de la salud mental a presta el servicio de manera inmediata, para prevenir efectos psicológicos graves en las víctimas.

La salud mental en el terreno de eventos de desastre y víctimas de traumas, ha sugerido el esfuerzo activo de los profesionales y de las organizaciones como la cruz roja, ONGs y otras instituciones, para proporcionar desde la salud mental la reparación de víctimas de desastres (Everly y George , 1999).

De acuerdo con Luque (1998) citado por Berdullas (2000) la Asamblea General de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos y a petición de numerosos psicólogos que habían intervenido en situaciones de emergencia, decidió poner en funcionamiento un grupo de trabajo sobre intervención en crisis y desastres.

Retomando lo anterior, la asamblea general de federación de asociaciones de psicólogos busca recopilar las experiencias de los psicólogos que han participado e intervenido en situaciones de emergencia, revisar el tipo de formación y entrenamiento de los psicólogos que prestaron ayuda voluntaria, proponen un perfil profesional que se adecue a esas situaciones y finalmente buscan profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo que pueden hacer que las conductas de las personas y grupos inmersos en las crisis no desemboquen en reacciones de pánico que multipliquen los efectos negativos de aquéllas (Berdullas, 2000).

El tratamiento a través de profesionales con la debida calificación y experiencia se constituye como el factor crucial, junto a la propia actitud y predisposición del paciente, para ayudar a las víctimas a afrontar la tragedia y continuar con su vida de forma satisfactoria (Benvenistes, 2000).

En un estudio realizado por Ehrenreich (2000) la ausencia de tratamiento, casi el cincuenta por ciento o más de las víctimas de un desastre pueden desarrollar depresión duradera, ansiedad penetrante, desorden de estrés post-traumático u otras perturbaciones emocionales, Incluso más que los efectos físicos de los desastres, los efectos emocionales causan sufrimiento, incapacidad duradera y pérdida de ingresos.

Como señala Ribas (2002) “Después de un desastres se ha descrito la aparición de estrés post-traumático, depresión, insomnio, ansiedad y otros problemas como el abuso de tóxicos o violencia doméstica”.

Lo que ha llevado a que profesionales de la salud construyan modelos biopsicosociales que permitan el abordaje a victimas de desastres, y la instauración de los diferentes tipos de prevención.

Florez (2000) describe principalmente tres tipos de prevención para situaciones de desastre o catástrofe, la primera es la prevención primaria (pre-desastre), formación de los profesionales y elaboración de protocolos de actuación; Prevención secundaria (durante el desastre) detección de los afectados e intervención psicológica y social por profesionales de la salud mental y del trabajo social; Prevención terciaria (después del desastre) informe final de la actuación, seguimiento

a medio y largo plazo de las víctimas, grupos de debriefing para profesionales actuantes y grupos de autoayuda para víctimas.

### Generalidades del Debriefing

El debriefing es un tratamiento psicológico que pretende reducir la morbilidad psicológica que se desarrolla después de la exposición a un trauma. Implica la promoción de algunas formas de procesamiento, catarsis emocional, la recolección o reelaboración del evento traumático (Howar, 2004).

No hay dudas de que en la actualidad el debriefing es suministrado en diferentes contextos internacionales, incluyendo víctimas de desastres masivos o individuos involucrados en incidentes traumáticos en el lugar de trabajo.

El debriefing, ha sido utilizado en el banco en el Reino Unido y Australia o en algunos cuerpos policiales en el Reino Unido que son víctimas de trauma, en donde puede ser obligatorio o compulsivo. Esto se hace con el fin de reducir la amenaza de presentación de litigios relacionados con el desarrollo de síndrome por estrés postraumático (TEPS). Lo que estas políticas asumen es que, naturalmente el debriefing puede prevenir el inicio del TEPT en diferentes contextos (Everly y George 1999).

El debriefing tiene dos intenciones principales: La primera es reducir el malestar psicológico encontrado después de incidentes traumáticos. La segunda es prevenir el desarrollo de un trastorno psiquiátrico, habitualmente Estrés postraumático TEPS. En muchas ocasiones este tratamiento es efectivo (Wessely, Rose y Bisson, 2005).

Según Sasson (2004) “La necesidad de asistir a una gran cantidad de ciudadanos traumatizados luego de un atentado terrorista o de un desastre natural representa un nuevo desafío para los profesionales de la salud mental”. Los conocimientos acumulados a partir de las respuestas universales al trauma y la pérdida, deben ser adaptados a la dolorosa realidad que enfrentan numerosas países alrededor del mundo.

La mayoría de las personas, suelen creer que el mundo personal es predecible, benevolente y significativo. En base a esto se puede asumir que cada persona puede confiar en si misma y en otras personas y que de alguna forma puede enfrentar a la adversidad. El desastre destruye esas creencias. Las personas se vuelven conscientes de su vulnerabilidad, la persona se siente impotente y desesperanzados (Ehrenreich, 2000).

Es importante destacar que por cada damnificado físico en un desastre, por lo menos, habrá tres personas que pueden tener consecuencias en su salud mental; se suman al damnificado dos o más allegados (Benyakar, 2003). A pesar de estos datos, por lo general, el número de personal especializado en salud mental es siempre inferior que el capacitado para la asistencia física y psicológica.

Según Thieren (2005) en las situaciones de emergencia los sistemas de la información sanitaria (SIS) se encuentran ante un espinoso dilema: la información necesaria para comprender las crisis humanitarias y responder a ellas debe ser detallada y se debe obtener con rapidez, pero las circunstancias que rodean a esas crisis dificultan la recolección de información. Lo cual obliga completamente a desarrollar estrategias de atención inmediata, con un grupo de apoyo interdisciplinario, con personal capacitado para afrontar estos tipos de eventos.

### Algunos Tipos De Intervención en Crisis

En general hay distintos enfoques que manejan la intervención en estrés agudo y estrés postraumático, son varias las modalidades terapéuticas que comúnmente son utilizadas en la actualidad y que ha resultado ser efectivas, solo se mencionara el manejo del enfoque cognitivo-conductual para estos tipos de intervenciones.

#### *Terapia Cognitivo-Conductual*

Surgida a partir de la segunda guerra mundial, originariamente bajo el concepto de modificación de conducta o terapia de conducta, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Paulov y Skinner (Puchol, 2001).

Posteriormente con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o Cautela, la modificación de conducta ha ido "asimilando" a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad o inoculación de estrés (Rubin, 2001).

Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multidimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos. Las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son: Su brevedad, su centrado en el presente, en el problema y en su solución, su carácter preventivo de futuros trastornos, su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta y la importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones (Puchol, 2001).

La perspectiva cognitivo-conductual, tiene una variedad de técnicas de intervención que son potencialmente útiles, algunas de ellas son: Técnicas de relajación, técnicas de respiración, técnicas de biofeedback, técnicas Imaginación / visualización entre otras. También se encuentra la desensibilización Sistemática, técnicas de exposición en vivo e inundación, técnicas operantes (reforzamientos, castigos y extinción), técnicas de autocontrol, habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva etc (Rubin, 2001).

### Intervención Con Familiares En Crisis

La intervención psicológica familiar ayuda a las familias a preparar cambios que pueden producirse tanto desde el exterior como desde el interior, y contribuye a desarrollar recursos psicológicos ante situaciones conflictivas que se presentan en las diferentes etapas de su desarrollo.

Según Ortiz., Bernal, Jiménez, y Silva (2000). "La salud familiar puede considerarse en términos de funcionamiento efectivo de la familia, como la dinámica interna relacional, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus

integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el desarrollo y crecimiento individual según las exigencias de cada etapa de la vida”.

El evento familiar, por sí solo, no genera crisis, depende siempre del significado que le otorga la familia, y su repercusión va a estar relacionada, tanto con la capacidad adaptativa de la familia, como con el resto de los recursos con que cuenta la misma. Las acciones de prevención estarían orientadas fundamentalmente a fomentar la capacidad adaptativa de la familia (González, 2000).

Lo más común, en encontrar a familias en crisis es que hay eventos propios del desarrollo, que pueden conducir a una crisis y no necesariamente tienen implicaciones negativas para la familia, por el contrario ayudan a movilizar a la familia y a encontrar recursos moduladores de la crisis.

Esto es importante, por que si la familia encuentra la manera de adquirir herramientas de afrontamiento tanto individualmente como en conjunto familiar, les será más fácil asumir decisiones frente a una situación de catástrofe, lo que implica, la posibilidad de encontrar a un ser querido como víctima de la situación o en si a toda la familia, se han encontrado muchos de estos casos en diferentes partes del mundo, por ejemplo, en Colombia la situación en 1982 en Armero, muchas familias perdieron seres queridos, esta situación fue tan impactante en todo el mundo que hasta hace pocos años se han ido construyendo, redes de apoyo en intervención en crisis.

Sin embargo, es importante resaltar que son muchos las catástrofes naturales que han existido y que continúan en todo el mundo, pero también son muchas guerras y atentados que se ha presenciado a lo largo de la humanidad; dentro de estas se encuentran el ataque con armas biológicas en Halabjah en 1988 y en Japón 1994-1995, el atentado terrorista a la ciudad de Oklahoma en 1995, 11 de septiembre del 2001 en EE.UU y el 11 de Marzo en España. En estos países y otros no mencionados sufrieron una devastadora crisis por pérdidas humanas y materiales, lo cual se vieron obligados a crear grupos y organizaciones para intervenir y proporcionar ayuda a miles de personas y familias.

Uno de los mas destacados ejemplos en el apoyo de intervención en crisis fue creado durante y después de los ataques el día 11 de Marzo en España y el 11 de septiembre del 2001 en EE.UU, donde terroristas dejaron a un gran numero de victimas, ciudadanos y extranjeros heridos y muertos; Estos países realizaron una muy buena intervención a los afectados para el manejo de la angustia psicológica después del trauma y para la prevención del trastorno por estrés postraumático, por medio del Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA 112) y grupos comunitarios de desastres (CERT) en EE.UU entre otras organizaciones como grupos humanitarios etc (Hillers, 2006).

De acuerdo con Gutiérrez, Vera y Puertas (2002) citado por Cascales, et al (2004), a menudo, existe una tendencia a creer que el psicólogo, por el simple hecho de serlo, va a reducir el sufrimiento de las víctimas, y que es una figura necesaria, casi mágica, para frenar ataques de nervios o ahuyentar psicopatologías traumáticas. Puede ayudar, sí, pero con las limitaciones de su entrenamiento y formación específica y siendo un profesional más, coordinado con el resto. Los psicólogos deben conocer cómo y cuándo actuar, y sobre todo, qué tipo de intervención deben realizar según las circunstancias y un análisis previo del suceso.

El acompañamiento a familiares en procesos de identificación de cadáveres: frecuentemente la identificación de los fallecidos será, para la familia, la primera confrontación con la realidad de la muerte. La manera en cómo se les trata en un momento tan duro y cómo se les prepara, puede afectar posteriormente en el proceso de elaboración del duelo.

En un primer momento, y sobre todo el reconocimiento es mediante fotografías, la intervención del psicólogo se orienta a: recabar más información sobre rasgos distintivos físicos de los desaparecidos y localización de peculiaridades específicas de la persona (cicatrices, lunares, tatuajes, etc.) y de las prendas u objetos que portaba la persona, repetir los ejercicios de respiración, relajación, auto instrucciones y finalmente ayudar a decidir quien realizará el reconocimiento (Benvenistes, 2000)

Este trabajo es muy duro, debido a que los psicólogos y otros profesionales de la salud se verán enfrentados a situaciones difíciles y de manera directa o indirecta los afecta.

Según una investigación realizada por psicólogos clínicos del dispositivo especial de Atención Psicológica, creado en el SUMMA 112 (Servicio de Urgencia Médica de Madrid) meses después del atentado de 11 de marzo 2004 en Madrid propusieron iniciar un estudio de seguimiento a medio plazo de las personas atendidas en este recurso, con el fin de observar la evolución de las primeras reacciones de crisis, la posible aparición tardía de síntomas y la prevención de posibles secuelas psicológicas. Dicho estudio finalizó en septiembre de ese mismo año (Hillers, 2006).

Como señala Hillers (2006) “las investigaciones sobre la presencia de síntomas de estrés agudo es uno de los más claros predictores de la aparición posterior del trastorno de estrés postraumático”. Esta investigación llegó a la conclusión, de que la adecuada intervención del dispositivo especial de atención Psicológica del SUMMA 112, situación novedosa en el servicio de emergencia en la comunidad de Madrid, incluyendo por primera vez la atención psicológica en crisis, urgencias, emergencias y catástrofes a los usuarios de este tipo de dispositivos, tuvo en general buenos resultados en cuanto a la disminución y prevención del estrés, produciendo efectos positivos en la evolución de los mismos, evitando la aparición de otros trastornos psicológicos graves.

De acuerdo con Prewitt (2001) citado por Vásquez (2005) al igual que Madrid, los EE.UU sufrió un gran impacto con el derrumbamiento de las torres gemelas en Nueva York el 11 de septiembre del 2001, fueron miles de víctimas quienes estuvieron en el lugar; se realizó una cohesión rápida de toda la sociedad para proporcionar ayuda frente a la catástrofe. El instituto nacional de salud mental de EE.UU señaló la importancia de la aplicación de los "Primeros auxilios psicológicos" indicando que son de soporte social básico, natural y pueden ser enseñados rápidamente a personal no experto y voluntarios tanto como a profesionales.

La intervención psicológica desarrollada por el dispositivo tras los atentados del 11-M y Los equipos comunitarios de respuesta a casos de emergencia (CERT) entre otras organizaciones en EE.UU aportaron en parte, a la pronta normalización de la población afectada, así como la posibilidad de ampliar los conocimientos y técnicas aplicables a las situaciones críticas que se puedan presentar en cualquier parte del mundo. Estos resultados reflejan las consecuencias sobre las personas víctimas directas y sus familias de un suceso traumático y la importancia de la intervención psicológica en crisis próxima e inmediata para amortiguar sus efectos (Vásquez, 2005).

De acuerdo con Gonzáles (2000), en el caso de la familia es importante, no sólo medir la ocurrencia del evento vital familiar, sino la vivencia que tiene la familia del evento.

Un evento vital no genera por sí solo crisis familiar, sino que éste es un proceso en el cual se implican otros elementos como: la significación que la familia asigna al evento vital familiar y los recursos con que cuenta la familia para hacer frente a las exigencias de ajuste del evento vital familiar. El significado que la familia asigna al evento va a depender de cómo la perciba ésta. La repercusión del evento varía en dependencia de la atribución del significado que tenga en cada familia. Tanto la significación, como los recursos pueden hacer variar la dimensión y el sentido de la crisis (Scarpa., Chiara y Hurley, 2006).

Ortiz y cols (2000) señalaron que dentro de los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar. Otro aspecto importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permite adoptar nuevos roles y reglas, que facilitará la solución de los conflictos.

Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social;

es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

Según Ortiz y cols (2000) El enfoque estratégico, es una nueva forma de pensar y concebir el mundo, y puede considerarse como un enfoque metodológico de la planificación mediante el desarrollo de un conjunto de categorías centrales, (situación, oponentes, incertidumbre, conflictos, escenarios, explicaciones) capaces de representar relaciones causales y direccionales de determinados tipos de problemas, que suponen objeto de intervención por parte de determinado actor social.

Otro aspecto importante sobre la intervención en crisis, es la salud familiar, que puede considerarse en términos de un funcionamiento efectivo de la familia, como la dinámica interna relacional, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el desarrollo y crecimiento individual según las exigencias de cada etapa de la vida (Lorenzo, 2003).

#### Factores que Pueden Desencadenar o Aumentar el Malestar Psicológico en Víctimas y Familiares

De acuerdo con Puertas y Gutiérrez (1998) citado por Cascales (2004) hay factores que pueden desencadenar el malestar psicológico en las víctimas como lo son: Factores Ambientales: La organización y gestión de diversos aspectos por parte de las autoridades o responsables puede condicionar el malestar psicológico de los afectados, lo que requiere consejo psicológico: La comunicación de distintos aspectos legales, la disposición del espacio donde se reúne a los familiares y se les informa de distintos aspectos, los medios de comunicación pueden invadir y perturbar a los afectados etc. Factores Psicológicos: Existen una serie de factores de carácter psicológico que pueden agravar el afrontamiento del hecho traumático y dificultar la superación de la situación: Padeecer de una enfermedad grave, tener un familiar que padezca una enfermedad grave o que no posea una personalidad especialmente vulnerable, no contar con estrategias psicológicas adecuadas (mecanismos adaptativos), baja autoestima y expectativas catastróficas sobre el futuro.

La intervención psicológica, basada en los principios de la intervención en crisis, según la cual su eficacia está en función de la proximidad en el tiempo (inmediatez), el lugar del suceso crítico y de su carácter puntual (intervención en una sola sesión), puede contribuir a la disminución de los síntomas de estrés agudo, produciendo efectos positivos en la evolución de los mismos, evitando su cronificación (Hillers, 2006).

Son muchas las intervenciones que actualmente están realizando los diferentes países del mundo, debido a las guerras y las catástrofes ambientales, que están dejando a miles de víctimas entre ellas niños, jóvenes y adultos en situaciones que pueden ser inevitablemente traumáticas, ya sea por la pérdida de seres queridos, pérdidas de vivienda y en general de una sociedad.

Todas las circunstancias y eventos impactantes en la humanidad, han hecho que organismos sociales construyan redes de apoyo, para prevenir y proporcionar un servicio de salud mental en intervención en crisis, para eventos traumáticos que se puedan dar en catástrofes y que afecten la salud física y mental de las personas.

En un estudio realizado sobre catástrofes ambientales (Porta, 2004) encontró que en la historia de España propició una renovación de la conciencia social sobre las estrechas relaciones que existen entre el estado del medio ambiente y la salud de las personas.

### Crisis y la Cultura

Las crisis son universales en la naturaleza y afectan a las personas de todas las culturas. Las fuentes de crisis se presentan en todos los grupos culturales, e incluye eventos tales como los desastres naturales, violencia doméstica, el cambio del estado matrimonial, la muerte de uno amado, las emergencias médicas, la pérdida de ocupación, ataque, y robo. La cultura juega un papel muy importante en la interpretación de crisis, es evidente que puede persuadir en la interpretación y significado del concepto.

Según Dykeman (2005) las reacciones a las situaciones de crisis parecen ser común a lo largo de todas las culturas basadas en la fisiología del ser humano, las

manifestaciones de respuesta pueden diferir significativamente. Siendo esto una manera en la que los individuos y comunidades ven y estiman sus propias respuestas a través del contexto de su cultura.

Las culturas pueden ayudar a construir nuevas vidas a las víctimas que hayan tenido un evento traumático. Como ya se había mencionado cada situación de crisis es diferente, y puede variar por varios dominios, pueden haber crisis de desarrollo (La graduación de la escuela, el nacimiento de un niño etc.), existencial (significado y propósito de vida) , crisis ambiental (ocurre cuando algún desastre natural o humano-hecho da alcance a una persona o grupo de las personas) y crisis circunstanciales (evento que no se puede prever como accidente automovilístico, ataque sexual o muerte súbita entre otros).

Existen diferencias entre los países y las culturas en donde ocurren desastres, el nivel de desarrollo económico varían en cada país. Los países ricos se enfrentan a desastres con recursos humanos y riquezas materiales, una infraestructura de salud médica y mental bien desarrollada, y un sistema eficiente de transporte y comunicación. Esto no quiere decir que sea una protección contra el desastre, lo único que hace es facilitar en gran medida las respuestas al desastre. Mientras que en los países pobres les faltan estos recursos; lo que más se resalta y se caracteriza en estos países pobres, es que hacen a las personas más vulnerables a los efectos de un desastre, por ejemplo hay viviendas construidas en planos de inundación y laderas inestables de las montañas, son especialmente vulnerables a las inundaciones. Las burocracias gubernamentales ineficientes, con poco personal y sin preparación hacen un mal manejo de los esfuerzos de asistencia (Ehrenreich, 2000).

La intervención de crisis proporciona los primeros auxilios emocionales en las víctimas, intenta reducir el nivel de tensión experimentado por las personas que están en crisis para modular la intensidad de agentes estresantes.

Los factores de cultura y la identidad cultural son a menudo abandonados. Son muchas personas que provienen de culturas diferentes, es decir, edad, género, raza, etnicidad, idioma, nacionalidad, religión, ocupación, ingreso, educación, etc. y es difícil entender el manejo de la intervención en sociedades o culturas que puedan

llegar a estar en una situación de emergencia, por un desastre natural o por un evento de guerra, cuando llegan extranjeros o otros grupos a prestar un servicio de ayuda, lo cual obliga a tener claro las diferencias que hay para no agredir de forma indirecta o directa a las víctimas, ni para los que prestan el servicio.

Hay que tener en cuenta, que muchos grupos culturales diferentes, tienen varias creencias sobre la muerte, sobre las lesiones y sobre la salud en general, y pueden responder en maneras inesperadas a profesionales extranjeros de salud médica y mental. Por esta razón los psicólogos y otros profesionales de la salud encargados de la intervención en crisis deben mostrar una habilidad de comunicación, de comprensión, aceptación y apreciación de diferencias culturales e identificar los recursos disponibles de la cultura de las víctimas, para ayudarlas con la resolución de sus crisis (Ehrenreich, 2000).

A la hora de realizar la intervención en crisis en la población que sea, se deben tener en cuenta las redes sociales, ya que posibilitan acceder de manera rápida y eficaz a la resolución en situaciones de crisis.

En el terreno de la ayuda humanitaria, las situaciones de crisis, así como las experiencias de trabajo, tienen implicaciones psicosociales para los grupos y las personas involucradas, las ONG y otras instituciones que prestan el servicio humanitario con el propósito de apoyar los refuerzos de reconstrucción de las víctimas y las sociedades afectadas por desastres naturales o por la guerra (Martín, 2000).

Las redes sociales interaccionan diferentes ideas y diversas prácticas, será importante considerar las contribuciones desde las prácticas comunitarias y la acción humanitaria para reforzar el tejido social y apoyar las formas de soporte mutuo entre la población e individuos afectados (Elina, 1999).

En el caso del riesgo y los desastres, aunque parezca un simple asunto de semántica quizás podría ser más adecuado, al referirse a la adopción colectiva de este tipo de actitud referirse a la "incorporación de la prevención en la cultura", dado que lo que se intenta no es cambiar la cultura, sino que la actitud preventiva sea parte,

desde todo punto de vista, de las costumbres y hábitos de la sociedad (Cardona, 2003).

Finalmente, las conductas y comportamientos individuales y colectivos podrían de alguna manera ayudar a prevenir situaciones de desastre. De la misma manera, desde tiempo atrás, se han planteado programas y campañas de información pública que hacen referencia a la seguridad o la prevención en la cultura, con el propósito de hacer explícita la necesidad de adoptar una actitud pro activa de las personas en relación con la prevención-mitigación de desastres y la preparación para afrontar emergencias.

### Duelo en Situaciones de Desastre y Catástrofe

Dada la intrincada naturaleza del ser humano que continuamente debe lidiar con sus afectos y sus emociones éste debe adecuarse de múltiples formas al ambiente circundante, por ello, eventos catastróficos, ya sean guerras, desastres naturales, enfermedades o la muerte entre otros, suelen desencadenar inevitablemente una reacción de dolor y de ausencia, que provoca en el cuerpo de cada individuo y en su mente nuevas formas de adaptación.

Ante situaciones de este tipo, no se puede eliminar el dolor que un familiar siente por un ser querido que ha fallecido, pero se puede acompañarlo y ayudarlo a atravesar esos momentos amargos, se puede hacerle comprender lo que le está ocurriendo y, sobre todo, escucharlo. No es posible evitar las escenas de dolor, ni las manifestaciones de rabia o indignación, pero se pueden canalizar y amortiguarlas (Marcuello, 2005).

Liria y Vega (2002) plantearon una definición de duelo, como el proceso por el cual, una persona que ha perdido algo o alguien importante para esa persona, se adapta y se dispone a vivir sin ello. Se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo. Y se trata de un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación.

El duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que se establecen con otros y, en consecuencia, de cómo se hace posible la sociedad. En la guerra o en las catástrofes, el proceso es de destrucción de los lazos establecidos y el método por el que se llega a ella de manera abrupta y traumática. El duelo es, al mismo tiempo, la tarea general de la sociedad y de cada individuo que atraviesa esa trágica situación (Gómez, 2004).

El duelo es un fenómeno natural e incluso necesario para que las personas nos adaptemos a la pérdida que hemos sufrido, el duelo, el dolor por la pérdida, es un mecanismo natural por el que encauzamos el sufrimiento y la aflicción que sentimos., todas las pérdidas incluso las materiales, generan entre nosotros un cierto sentimiento de duelo (Goldbeter, 2003).

Según plantean Liria y Vega (2002) las clásicas teorías de comprensión del duelo, la psicoanalítica y la de la vinculación, quizás tengan que aceptar modificaciones para abarcar la reacción emocional a la pérdida en la guerra.

Las situaciones de guerra, violencia y catástrofe están vinculadas a pérdidas y a dificultades específicas para llevar a cabo el proceso de duelo, que deben ser conocidas por quien ha de trabajar con quien las enfrenta.

Según Neimeyer, Prigerson y Davies (2002) a diferencia de los recuerdos asociados con muertes más anticipadas o menos devastadoras, los asociados con el trauma frecuentemente adoptan la forma de imágenes, sensaciones y emociones disociadas o fragmentadas (un derrame de sangre, el olor a carne quemada, un sentimiento de horror e impotencia). Los autores plantean que desde un punto de vista constructivista, estos efectos fisiológicos de los recuerdos traumáticos construidos bajo condiciones de intensa activación son prenarrativos, consistentes en sensaciones y percepciones no integradas, que pueden persistir durante muchos años, y que se resisten a incorporarse a la narrativa principal consciente de nuestras vidas.

En las situaciones de emergencia los sistemas de información sanitaria (SIS) se encuentran ante un espinoso dilema: la información necesaria para comprender las crisis humanitarias y responder a ellas debe ser detallada y se debe obtener con

rapidez, pero las circunstancias que rodean a esas crisis dificultan el acopio de información (Hirini, Flett, Long, y Millar, 2004).

## CONCLUSIONES

La intervención en crisis realiza una labor dirigida, a todas aquellas personas y sociedades, que son víctimas directas e indirectas de eventos traumáticos en situaciones de desastre y que requieren atención inmediata dada la magnitud de la problemática; por este motivo se han desarrollado diversas alternativas para este tipo de terapia que permiten una cobertura y calidad encaminadas a dar herramientas suficientes al individuo para salir de la crisis presente y tratar de evitar la recaída. Es necesario recordar que el trabajo en estas situaciones es siempre un trabajo interdisciplinar y resulta de gran importancia la coordinación y formación específica, tanto de los miembros de los equipos psicosociales, como del resto de profesionales que intervienen en el desastre. Un esfuerzo por parte de todos, incluidos los responsables o gestores de estas situaciones, puede hacer más fácil que el principal objetivo de los grupos de intervención pueda ayudar a atenuar el dolor y el sufrimiento psicológico en el lugar del desastre.

De cada catástrofe, natural o por acción del hombre, siempre quedan secuelas en el individuo, la colectividad y el medio. Estas situaciones de catástrofe, extremas por naturaleza afectan a todos (víctimas directas, familiares, personal de rescate, la comunidad) produciendo una serie de pérdidas considerables, y un gran impacto a distintos niveles: biológico, psicológico, espiritual, social y cultural. Sin embargo, es posible considerar que ante la ocurrencia de una situación de catástrofe o desastre, se generan modos de percibir e interpretar lo que la persona piensa de si misma, del mundo y del futuro. Dado lo anterior, se debe considerar los recursos adaptativos con los que cuenta cada individuo, la fortaleza psicológica, los estilos de afrontamiento; así como los recursos sociales y culturales disponibles.

Por otro lado, se considera importante la diversidad de culturas que hay, y sus estrategias de afrontamiento frente a las consecuencias traumáticas de eventos de desastre, tanto los servicios de salud mental como la ayuda humanitaria debe de estar preparada y capacitada para afrontar y ayudar a las víctimas de estas situaciones que requieren de un servicio inmediato, aceptando y comprendiendo las diferencias culturales.

Las Crisis son universales en la naturaleza y afectan a personas de todas las culturas. Las fuentes de crisis son notablemente universales por los grupos culturales e incluye eventos tales como desastres naturales, guerras, violencia doméstica, muerte de familiares, asalto o robo etc. Además, es importante resaltar que la cultura juega un papel fuerte en la interpretación de la crisis, ya que de alguna manera puede influenciar en el significado que le atribuye cada sociedad.

Las reacciones a las situaciones de crisis parecen ser comunes a lo largo de todas las culturas, basadas en el la fisiología de los seres humanos en donde sus expresiones pueden diferir significativamente (Dykeman, 2005).

Es importante considerar, que el grupo de apoyo deben tener buenas habilidades para comunicar, entender, y aceptar las diferencias culturales que existen, para facilitar la resolución de crisis.

A lo largo de los últimos años, el impacto de los sucesos traumáticos y sus consecuencias sobre las personas han llamado la atención a los profesionales de la salud mental, por ello, se han realizado algunos estudios que muestran que no solo las víctimas directas de alguna catástrofe son los únicos perjudicados, se han identificado a asimismo que el personal de servicios de emergencias también sufren alteraciones psicológicas a corto y largo plazo como resultado de intervenciones en labores de socorro; pueden incluso llegar a ser ellos mismos víctimas directas del desastre, es decir, haber sufrido pérdidas personales por la muerte o lesiones de compañeros, e incluso de familiares, o bien pérdidas materiales (Sánchez, 2001).

Las intervenciones de este tipo suelen ser una experiencia reveladora para el terapeuta encargado de la intervención ya que lo lleva a experimentar una amplia gama de emociones que pueden interferir con su tarea como psicólogo. Esto lo obliga a tratar de distanciarse emocionalmente de la situación y a encaminar todos sus recursos al proceso terapéutico, esto sin olvidar que aún así su esfera personal puede verse asimismo afectada. Por otro lado, el personal de servicio realmente se encuentra sometido al estrés, con todo lo que esto conlleva a niveles físicos, comportamentales, sociales, cognitivos y emocionales, esto evidencia, que a pesar de los estereotipos

populares sobre la figura fuerte de estos trabajadores, son verdaderamente vulnerables al impacto psicológico negativo de las labores de rescate.

Lo que realmente se busca desde la salud mental es promover el apoyo psicológico, frente a traumas, el estrés y el proceso de duelo a las personas afectadas directamente y las que están implicadas indirectamente (como los familiares), a su vez busca una intervención preventiva y/o terapéutica a los afectados y familiares que lo necesiten.

Un buen ejemplo sobre la intervención en crisis en situaciones de desastre, fue el día 11 de marzo del 2004, donde Madrid vivió una de las jornadas más tristes de su historia al producirse cuatro salvajes atentados terroristas que produjeron 192 víctimas y más de 2.000 heridos. La sociedad española en general y la madrileña en particular fue especialmente solidaria con todas las víctimas de estos atentados. El Colectivo de Psicólogos de este país, prestó asistencia psicológica a miles de personas afectadas.

A las nueve de la mañana del mismo día 11 de marzo el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid puso en marcha el dispositivo de coordinación para desarrollar la asistencia psicológica necesaria. Esta rapidez de intervención fue posible debido a que el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid cuenta con un grupo de trabajo de psicología de urgencia, emergencia y catástrofes que ha formado a numerosos psicólogos en esta área tan específica. Los miembros de este grupo, fueron precisamente los primeros en intervenir, posteriormente se unieron cientos de psicólogos que se pusieron a disposición del Colegio para prestar voluntariamente la asistencia psicológica. El dispositivo especial de emergencias que se creó estuvo compuesto por: 4 coordinadores, 2 Jefes de Equipo y 10 profesionales. Este dispositivo estuvo trabajando las 24 horas del día durante los 11 días que transcurrieron tras los atentados. De esta forma, a través de las 8 líneas telefónicas, se pudo atender toda la asistencia psicológica que era solicitada desde los distintos lugares. Desde este dispositivo estuvieron alertados 1.415 psicólogos, de los cuales 948 realizaron una intervención directa (Vásquez, 2005).

En resumen, los datos de la asistencia psicológica realizada fueron: más de 5.000 personas tuvieron asistencia directa, 13.540 tuvieron asistencia telefónica a través de las líneas 112 y 061. Tres cuartas partes de la asistencia telefónica realizada correspondían a personas que, si bien no vivieron los atentados de forma directa, se sentían afectadas. Los síntomas más comunes que tenían las personas que llamaban eran episodios de ansiedad, estrés agudo, reacciones fóbicas (miedo a utilizar los transportes públicos), e incluso casos de mutismo. Además se creó un dispositivo de asistencia domiciliaria que atendió a 183 personas. Muchos fueron los lugares donde intervinieron los psicólogos, entre ellos podemos destacar: Recinto IFEMA, sanatorios, hospitales, cementerios, comisarías de policías, hoteles, atención telefónica (112, SUMMA), atención domiciliaria (Vásquez, 2005).

Entendemos que la intervención psicológica desarrollada por el dispositivo en España tras los atentados del 11-M y los grupos de apoyo creados por EE.UU, contribuyeron, en parte, a la pronta normalización de la población afectada, lo que evidencia que desde hace varios años se han construido redes de apoyo a nivel de situaciones de desastre o catástrofe alrededor del mundo, debido a la cantidad de afectados que estas situaciones traen consigo mismas. Este tema es de gran importancia y no hay individuo o sociedad que este exento de vivir una situación de desastre o catástrofe natural o de guerra.

Es importante delimitar y profundizar este campo de estudio y de intervención, ya que se considera que son pocos los modelos de intervención y de prevención en las zonas de riesgos natural o de guerra que pueden agravar no solamente las posibilidades de supervivencia frente a la confrontación con la situación extrema, sino que además pueden ser la fuente de diversos trastornos bio-psicosociales en las poblaciones que las sufren (Sigales, 2006).

Finalmente, por naturaleza el ser humano lo acompaña permanentemente los afectos y las emociones, en donde los lazos familiares y las relaciones personales suelen ser unidos, y ante situaciones de cualquier tipo de desastre o catástrofe pueden desencadenar inevitablemente reacciones de dolor, obligando a las sociedades y a cada individuo a buscar nuevas formas de adaptación. Frente a estas situaciones la

sociedad se siente más cohesionada y sus miembros más solidarios entre sí. El dolor y el duelo por las víctimas pasa de ser íntimo a ser un dolor y un duelo de toda la colectividad.

Hay que tener en cuenta que el impacto de la crisis en la salud mental es de gran importancia, los problemas mas encontrados han sido el estrés agudo o post-traumático. Los desastres o catástrofes naturales, las guerras, las enfermedades etc, de alguna manera impacta en el psiquismo y las consecuencias pueden llegar a ser graves. La prevención y mitigación de desastres han sido de gran interés a nivel internacional. En muchos países del mundo, como consecuencia de atravesar situaciones trágicas que instalaron traumas tanto sociales como individuales, han tenido como consecuencia gran impacto sobre los afectados e intervinientes, este tema ha comenzado a ocupar la atención de los profesionales de la salud mental.

## Referencias

- Anonimo, (2001). Effects of Traumatic Stress in a Disaster Situation Normal Reactions to an Abnormal Situation. (2001).
- Arboleda, J. (2000). Violencia y Trauma. EN: *Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría. Violencia y Trauma: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales* (2000). Bogota: Editorial Kimpers Ltda.
- Benvenistes, D. (2000) Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. (1), 45-83.
- Benyakar, M. (2003). Desastres y salud mental. Abordajes teóricos y modos de intervención. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, (1), 14-36.
- Berdullas, M. (2000). Psicología de la Intervención en Desastres y en Situaciones de Emergencias. *Revista Infocop Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. (76). 1-5.
- Bobes, J. (2000). *Tratamiento de Estrés Postraumático*. Barcelona: Editorial Masson.
- Brock, S., Cowan, K. (2004). Coping After a Crisis. *Revista Find articles*. (4), 1-25.
- Calderón, A. (2003). “*Los cinco componentes de los primeros auxilios emocionales en la intervención en crisis*”. Disponible en red: [<http://www.monografias.com>, extraído el 10 de Mayo de 2006].
- Cardona, O. (2003). Cultura de la prevención de desastres?. *Revista anales de Psicología*. (5), 1-13.
- Cortez, B., & Aragonés, J. (1997). Multiplicidad Temática En La Comprensión Psicológica De Los Desastres. *Revista Papeles del psicólogo*. (6), 68-73.
- Casablanca, R., & Hirsch, H. (2003). Stress, Trauma y Resilencia. *Revista Perspectivas Sistémicas*. (15), 4-7.
- Cascales, M., Molina, R., Maldonado, M., & Llor, E. (2004). Qué Pueden Hacer Los Psicólogos En Una Situación De Desastre?. *Revista Electrónica Semestral de Enfermería*. (17), 1-62.

- Cohen, J. (2003). Crisis Intervention and Trauma: New Focuses for the Practice. *American Journal of Psychotherapy New York*, 57, 421-423. Obtenido en mayo 13, 2006, de la base de datos ProQuest.
- Dykeman, B (2005). Cultural implications of crisis intervention. *Revista Journal of Instructional Psychology*. (1), 45-48.
- Ehrenreich, J. (2000). Enfrentando el Desastre una Guía para la Intervención Psicosocial. Preparado para Trabajadores en Salud Mental sin Fronteras. *Revista Anales de Psicología*. (7), 1-84.
- Elina, N. (1999). Red de Redes: *Las prácticas de la Intervención de Redes Sociales*. Buenos Aires: Editorial Paidós Iberica.
- Everly Jr., & George S (1999). The Role Of The Critical Incident Stress Debriefing (Cisd) Process In Disaster Counseling *Journal of Mental Health Counseling*. *American Journal of Clinical Psychology*, 53, 101-156. Obtenido en mayo 7, 2006, de la base de datos ProQuest.
- Fernández, A., & Rodríguez, B. (2002). *Intervención en Crisis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Florez, L. (2000). El Proceso Psicológico de la Promoción y de la Prevención. *Revista Avances en Psicología clínica Latinoamericana*. (18), 13-22.
- Goldberter, M. (2003). *El Duelo Imposible: Las Familias y la Presencia de los Ausentes*. Barcelona: Editorial Herder.
- Gómez, M. (2004). *La pérdida de un ser querido: El Duelo*. Madrid: Editorial Aran.
- González, I. (2000). Las Crisis Familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (3), 1-23.
- Hillers, R., & Rey, M. (2006) Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112. *Revista Anales de Psicología*, (1), 1-10.
- Hirini, P., Flett, R., Long, N., & Millar, M. ( 2004). Frequency of Traumatic Events, Physical and Psychological Health. *New Zealand Journal of Psychology*. *Revista Find Articles*, (3), 154-186.

- Howard, J. (2004). Brief treatment and crisis intervention care. Psychoeducation as a response to community disaster. *Journal of Health and Social Behavior*, 4, 1-5. Obtenido en mayo 13, 2006, de la base de datos ProQuest.
- Invar, J. (2000). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas. *Revista Online Perspectivas Sistémicas la Nueva Comunicación*, (34), 1-26.
- Kleespies, P. (2000). Behavioral Emergencies and Crises: An Overview. *Revista Journal of Clinical Psychology*, (9), 1103-1108.
- Liria, A., & Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. Procesos de Duelo en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. (13), 95-122.
- López, J. (2000). *DSM-VI-TR Breviario Criterios Diagnósticos*. España. Masson.
- Lorenzo, A. (2003). "Apoyo Psicológico en Desastres". Disponible en red: [<http://wwwcardin.uwimona.eu.jm:1104>, extraído el 20 de mayo de 2006].
- Marcuello, A. (2005). Intervención Psicológica Inmediata en Catástrofes, 27, 210-235. Obtenido en mayo 13, 2006, de la base de datos Psicología Online.
- Martín, C. (2000). Reconstruir el Tejido Social: Un enfoque Critico de Ayuda Humanitaria. Barcelona: Editorial Icaria.
- Neimeyer, R., Prigerson, H., & Davies, B. (2002). Duelo y Significado. Procesos de Duelo en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, (13), 5-24.
- Olarte, S. (2000). Terapia Psicológica de los Trastornos Traumáticos. EN: *Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría. Violencia y Trauma: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales* (2000). Bogota: Editorial Kimpers Ltda.
- Ortiz, M., Bernal I, Jiménez, I., & Silva, L.(2000). *Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método*. Revista Cubana de Salud Publica, (1), 1-87.
- Pittman, F. (1999). *Momentos Decisivos: Tratamientos de Familias en Situaciones de Crisis*. Barcelona: Editorial Paidós Iberica.
- Porta, M., Casal, A., & Castaño, G. (2004). *El impacto en la salud humana de la catástrofe*, (1), 56-85. Obtenido en mayo 10, 2006, de la base de datos Scielo Salud publica.

- Puchol, D. (2001). Trastorno por Estrés Postraumático Conceptualización, Evaluación y Tratamiento. *Revista Psicología Online*, (17), 33-68.
- Ribas, J. (2002). Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencia. Propuesta de un modelo de actuación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (4), 144-152.
- Rubin, B. (2001). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: Teoría y Práctica*. Bilbao: Editorial Desclee de Broower.
- Sánchez, F. (2001). Intervención Psicológica con Intervenientes en Emergencias. *Revista Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas*, (39), 144-166.
- Serres, S. (2001). Crisis Intervention and Trauma Response, Theory and Practice. *TCA Journal Austin: Fall*, 29, 169-170. Obtenido en mayo 9, 2006, de la base de datos ProQuest.
- Sasson, M. (2004). *Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención*. 140, 1-88. Obtenido en 10 mayo, de 2006, de la base de datos EBSCO.
- Sigales, S. (2006). *Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología*. *Revista Anales de Psicología*, (22), 11-21.
- Scarpa, A., Chiara, S., & Hurley, J. (2006). Community Violence Victimization and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: The Moderating Effects of Coping and Social Support. *Journal of Interpersonal Violence Beverly Hills*, 21, 446-469. Obtenido en mayo 13, 2006, de la base de datos ProQuest.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para Práctica e Investigación*. México. El Manual Moderno.
- Thieren, M. (2005). *Sistemas de información sanitaria en las emergencias humanitarias*. *Bulletin of the World Health Organization*, (83), 584-589.

- Travis, J., Lange, C., & Cabaltica, R. (2000). Primary Care Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. *American Family Physician. Revista Find Articles*, (5), 10-32.
- Vásquez, C. (2005). Reacciones de Estrés en la Población General Tras los Ataques Terroristas del 11S, 2001 (EE.UU) y del 11M, 2004(Madrid-España): Mitos y Realidades. *Revista Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. (1), 9-25.
- Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J (2005). Intervenciones psicológicas breves ("debriefing") para los síntomas relacionados con traumas y para la prevención del trastorno por estrés postraumático. *Revista Journal of Instructional Psychology*, (35) 75-88.