

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**MODULO DE PSICOLOGIA Y
ATENCIÓN DE LOS DESASTRES**

**MANUAL DE ABORDAJE PSICOLÓGICO SOBRE
CULPA DEL SOBREVIVIENTE PARA
MUJERES CRUZROJISTAS**

**PROFESORES:
LORENA SAENZ
CARLOS PICADO**

**ELABORADO POR:
KATALINA ALFARO
Ma. AURELIA BLANDINO
CECILIA MACHADO**

04 DE DICIEMBRE DEL 2001

INDICE

INDICE	1
I. INTRODUCCION	2
II. PRINCIPALES CONCEPTOS	5
A. La Cruz Roja	5
1. Origen de la Cruz Roja.....	5
a. Humanidad.....	5
b. Imparcialidad	5
c. Neutralidad.....	6
d. Independencia	6
e. Voluntariado.....	6
f. Unidad.....	6
g. Universalidad	6
2. Organización internacional.....	6
B. Las Mujeres Cruzrojistas	7
1. Identidad femenina y Cruz Roja.....	7
a. Ser para otros.....	7
b. Dependencia vital	8
c. Omnipotencia.....	8
d. Impotencia.....	9
e. División de funciones según género	9
f. Autoanulación como personas	10
g. El conocimiento como medio para acceder al control y al poder	10
h. Eliminación de la individualidad.....	10
C. Los Desastres	11
D. Síndrome de estrés post-traumático	12
1. Factores externos:	14
2. Factores internos (personales):	14
3. El segundo desastre.....	15
4. Trastorno de estrés Agudo.	15
5. Trastorno por Estrés Posttraumático: ..	17
E. Culpa del sobreviviente	20
III. TRATAMIENTO	22
A. Tratamiento del estrés	22
1. La inoculación del estrés	22
a. Relajación progresiva	23
b. Cuestionario para el estrés de M. Solano- Beuaregard (1996).....	24
c. Afrontamiento de eventos estresantes utilizando la imaginación de Davis (1988).....	24
B. Manejo de la culpa	26
1. Reestructuración cognitiva.....	26
a. Técnica de preguntas para evaluar pensamientos de Buéla- Casal (1991)	26
C. Biblioterapia	28
D. Trabajo interdisciplinario: psicólogo/personal médico (psiquiatra o internista, otros socorristas).	28
IV. COMENTARIO FINAL	29
V. REFERENCIAS	30
VI. ANEXOS.....	31

I. INTRODUCCION

Este Manual surge como una forma de aplicar el trabajo sobre La Culpa del Sobreviviente (Alfaro y Blandino, 2001) a la población de Mujeres Cruzrojistas, población estudiada en el trabajo de Machado y Piedra (2001). Los anteriores temas de investigación, a partir de los cuales surge el presente tema de interés fueron elaborados en el Módulo de Psicología en Situaciones de Desastre, impartido en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

La participación de la mujer en situaciones de desastre ha sido estudiada desde distintas dimensiones y puntos de vista, sin embargo, el papel de las mujeres socorristas ha quedado relegado y olvidado. Este desinterés en la temática se refleja en la escasa o nula producción bibliográfica relacionada con la población femenina que presta sus servicios en la atención de emergencias, por lo que surge en nosotras el interés de investigar el grupo de mujeres. (Machado y Piedra, 2001)

En situaciones de desastres, las mujeres al igual que todos los seres humanos han demostrado su capacidad para promover y producir cambios que procuren condiciones adecuadas de vida. No obstante, esta participación ha sido estudiada -en su mayoría- en circunstancias donde las mujeres han sido víctimas de algún evento desastroso y no cuando éstas son quienes se encargan de atender, socorrer y rescatar. (ibid)

Por mucho tiempo, los cuerpos de socorro estuvieron conformados casi exclusivamente por hombres, pero en la actualidad se ha notado un incremento en el número de mujeres que se incorporan a estos grupos, aunque éstas siguen siendo pocas al menos están logrando paulatinamente una mayor participación en un área atribuida tradicionalmente a la población masculina. (ibid)

Los trabajadores del desastre intentan resolver las necesidades de víctimas y las comunidades después de cualquier tipo de desastre, se rodean y se exponen a la desorganización, a la confusión, a las escenas de la destrucción, y al sufrimiento y al dolor de las víctimas.

Los trabajadores del desastre tienen el potencial de convertirse en "víctimas secundarias," mientras que trabajan duro y por largas horas bajo, y en condiciones pobres. En algunos casos, los peligros físicos existen para los que atienden dichas emergencias. Las condiciones del trabajador pueden ser pobres cuando están cerca o dentro del área afectada, o pueden requerir una hora o más del recorrido para poder llegar a la zona o área afectada.

Ante este panorama, las mujeres cruzojistas se ven expuestas no solo a las condiciones adversas del entorno, sino a una serie de secuelas emocionales como las que conforman el llamado "síndrome del sobreviviente". Hablar sobre "Culpa del Sobreviviente" en situaciones de desastre, involucra necesariamente otros temas directamente relacionados como lo son el duelo, y el estrés post-traumático (Alfaro y Blandino, 2001).

En el trabajo realizado por Machado y Piedra (2001), se percibe que esta población posee características como el "ser para los otros", el sentimiento de impotencia y el de omnipotencia. Lo anterior refuerza la necesidad de plantear este manual para esta población específica, ya que por el sentimiento de omnipotencia frente a una situación de desastre –donde se dan pérdidas humanas-, ellas, quienes se encargan de socorrer y "salvar vidas", en ocasiones no pueden lograr a cabalidad este cometido, lo cual genera culpa por lo "no hecho", por lo que "hubiera podido hacerse y no se hizo".

La mayoría de los y las trabajadores del desastre son individuos dedicados que también tienden a ser perfeccionistas. Debido a esto, están en el riesgo de presionarse demasiado y difícilmente logran sentirse satisfechos con lo que han logrado. Con tanto por hacer, no pueden a menudo, tomar el crédito de la cantidad de trabajo terminada y el esfuerzo contribuido a la operación. (American Red Cross, 2001)

Con base en este preámbulo, se desea con este trabajo brindar una herramienta práctica que sirva de alternativa para trabajar con las mujeres cruzojistas, en aras de contribuir a manejar y disminuir el efecto de la culpa o síndrome del sobreviviente. Esto se hará desde una orientación cognitivo-conductual-emocional, utilizando

técnicas como la reestructuración cognitiva, la inoculación del estrés y la resolución de problemas.

Primeramente se retomarán los conceptos presentados en Piedra y Machado (2001), sobre la cruz roja y las mujeres cruzrojistas para más adelante abordar el tema desde la perspectiva cognitivo-conductual-emocional.

II. PRINCIPALES CONCEPTOS

A. La Cruz Roja

1. Origen de la Cruz Roja

Desde 1863 fue creada la Cruz Roja con el propósito de atender a las víctimas de la guerra, primero en Ginebra-Suiza (comité internacional) y luego en distintos países especialmente de Europa y Norteamérica, las cuales dieron origen en 1919 a la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, denominada hoy en día Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, que hoy integran cerca de 160 Sociedades con más de 250 millones de voluntarios.

Los principios fundamentales en los cuales se basa esta entidad se resumen en:

a. Humanidad

Tiende a proteger la vida y la salud, así como hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre los pueblos.

b. Imparcialidad

No hace distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos.

c. Neutralidad

Se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

d. Independencia

El Movimiento es Independiente. Auxiliar de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos.

e. Voluntariado

Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

f. Unidad

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

g. Universalidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

2. Organización internacional

Cuando se habla de Cruz Roja Internacional se designa al conjunto de los componentes del Movimiento fundado por Henry Dunant: El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), órgano fundador, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y por último la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.

B. Las Mujeres Cruzrojistas

En su mayoría las mujeres que prestan sus servicios a la Cruz Roja son jóvenes y solteras, pues una vez que ellas se casan encuentran dificultades para seguir efectuando el voluntariado

1. Identidad femenina y Cruz Roja

En la construcción de la identidad femenina de nuestra cultura patriarcal se pueden encontrar características que son reforzadas y ayudan a comprender la vivencia de las mujeres cruzrojista, estos elementos son: ser para otros/as, la omnipotencia (en función de los demás) y la impotencia (en función de sí misma), las cuales han sido propuestas y analizadas por Marcela Lagarde (1992, citada por Piedra y Machado, 2001).

a. Ser para otros

Según Raquel Cohen

Los trabajadores en cada fase del socorro en casos de desastre -se trate de servicios de protección, refugios que no sean del gobierno, servicios del gobierno, servicios de ropa y alimentos, servicios del gobierno de rehabilitación o recuperación, o servicios sociales- están expuestos a exigencias personales sin precedentes por su deseo de ayudar a satisfacer las necesidades de las víctimas. Para muchos, el desastre toma precedencia sobre las demás responsabilidades y actividades, los trabajadores dedican su tiempo entero a las tareas engendradas por el desastre... (1999, p.129).

Al analizar lo anterior es posible visualizar que las personas que trabajan en cuerpos de socorro tienen a anteponer las necesidades de los demás a las propias y dirigen todos sus esfuerzos para procurar el bienestar de las personas que lo requieran. Cuando nos referimos a la población

femenina nos enfrentamos con la realidad de que este elemento se refuerza con elementos que determinan la identidad femenina como la de ser para otros, la cual “permite una autoidentidad de seres cuyo Yo se realiza en los otros” (Lagarde, 1992). Basaglia (citada por Quirós, 1997, p. 77) se refiere a este elemento afirmando que constituye “una subjetividad, una personalidad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros; la subjetividad que llegue a reconocérsele es, la de vivir en el constante dar, anulándose ella, es decir, actuando y viviendo como mujer-cuerpo para otros, como mujer sustento para otros.”

b. Dependencia vital

Quirós (1997, p.78), señala que “a las mujeres se les enseña desde muy pequeñas que por sí mismas no van a lograr sobrevivir y que van a necesitar de otros que las protejan.” Este elemento se puede ver reforzado en las características del trabajo como socorristas, pues son misiones que siempre se llevan a cabo en equipo, nunca se promueve el trabajo individual, así se crea un grupo dependiente unas/os de otros/as

c. Omnipotencia

La omnipotencia constituye un elemento que estructura la identidad de la mayoría de mujeres de nuestro sistema cultural patriarcal. Lagarde (mencionada por Quirós, 1997, p.79) afirma que “a las mujeres se les enseña a sentir que son omnipotentes, que son capaces de “mover montañas” cuando hay que apoyar, cuidar, arreglar, proteger, sostener y rescatar a otros/as”. De esta forma se cree y siente que nada es capaz de detenerlas si es para lograr el bienestar de los y las demás. Así se nota que estas mujeres están sumamente interesadas en aprender cada vez más para mejorar su labor en función de sus pacientes, pero la historia es distinta cuando se trata de pensar en sus propias necesidades.

d. Impotencia

En la identidad de estas mujeres hay otro elemento muy evidente que es la impotencia, la cual se maneja en dos sentidos; por un lado se cuenta con la propia impotencia de hacer algo por sí misma y al respecto no se hace nada, en el otro sentido, es necesario eliminar la impotencia que limita el poder ayudar a las demás personas. Esto se refleja en lo que Rocío e Ivonne expresan como motivaciones para integrar la Cruz Roja, pues ellas tienen en sus familias miembros muy cercanos con complicaciones de salud y así ellas han buscado la forma no sólo de salvar la vida de sus familiares sino que a través de la Cruz Roja pueden salvar muchas otras vidas:

e. División de funciones según género

Tres de las entrevistadas por Piedra y machado (2001) afirmaron un trato equitativo entre hombres y mujeres en el desempeño de sus tareas y no ven que las mujeres tengan alguna dificultad por su condición de género. Si bien es cierto, no perciben a nivel consciente alguna discriminación, sale a relucir el papel de los hombres como vigilantes y controladores del funcionamiento de sus compañeras cruzrojista, el cual para ellas constituye un gran apoyo.

De esta forma, la introyección de los roles de género impulsa a que las mujeres asuman las tareas que le han sido depositadas tradicionalmente. También surgen las situaciones donde los hombres hacen que sus compañeras asuman situaciones que ellos no saben manejar por “ser hombres”, como donde se requiere de la escucha y apoyo a pacientes.

Resulta importante destacar que en el caso de las mujeres socorristas, todas están capacitadas para realizar una labor de rescate efectiva, pero hay acciones dentro de ésta donde es preferible que la realice un hombre porque requieren más esfuerzo físico y ponen en riesgo la vida.

f. Autoanulación como personas

Se refiere principalmente a la censura de los propios sentimientos que las personas entrevistadas asumen. Esto porque la posición que asumen de “sacrificio”, ateniendo a la consigna de la Cruz Roja, que es la de “Salvar Vidas”, aún y cuando no se tengan los recursos emocionales para enfrentar las situaciones altamente estresantes que tienen que enfrentar como miembros de los cuerpos de socorro.

g. El conocimiento como medio para acceder al control y al poder

El acceso al conocimiento de cosas distintas proporciona la solidez que se necesita. Socialmente es reforzado el hecho de conocer acerca del funcionamiento del cuerpo y por medio del trabajo en la Cruz Roja, estas mujeres logran una posición de reconocimiento en cuanto al poder. Ante la pregunta del porqué se habían reclutado, todas ellas alegan que quieren ayudar a la gente y también el hecho de conocer acerca de la medicina, dos de ellas han sido influidas por la presencia de un familiar enfermo, lo cual proporciona seguridad tanto a ellas como a sus familiares.

h. Eliminación de la individualidad

Este punto está referido primordialmente a la forma como se perciben dentro de la Institución. Se ha detectado una percepción de masa, es decir, que no hay diferenciación en cuanto a individuos, sino que todos son un cuerpo

Hasta aquí se contextualiza el papel de las mujares en las labores como socorristas en las situaciones de desastres. En adelante los conceptos de desastre, trastorno de estrés post-traumático y culpa del sobreviviente serán tomados del manual realizado en el presene curso por Alfaro y Blandino (2001) sobre el tratamiento psicológico de la culpa del sobreviviente.

C. Los Desastres

Los desastres son eventos extraordinarios y dramáticos que perturban la vida cotidiana, originan consecuencias negativas como pérdida de vidas humanas, lesiones físicas, daño o pérdidas materiales que provocan sufrimiento.

Estos eventos pueden ser de inicio lento o repentino y sin ninguna advertencia. Pueden ser causados por el ser humano (guerras, incendios, contaminación química, disturbios civiles, etc.) o por fenómenos naturales (terremotos, maremotos, inundaciones, tornados, etc.).

Para valorar la magnitud de un desastre debe considerarse el potencial de daños humanos, el grado de perturbación a las actividades de la comunidad y la amplitud del sector afectado (dimensiones del área, densidad poblacional, etc.).

El desastre se mide a partir de las pérdidas que el evento genera sobre una determinada población, las cuales generan sufrimiento humano. Ello también incluye las pérdidas materiales, en muchos casos totales, de vivienda y lo que había en ella, del trabajo y sus tierras, el ser trasladados a refugios improvisados, con falta de condiciones higiénico-sanitarias, con limitaciones de alimentación y medicamentos, que constituye una prolongación de la situación de estrés y el devenir de las consecuencias tardías como la aparición de epidemias, agudización de la pobreza y sus crecientes limitaciones en salud, educación, vivienda, trabajo, entre otras.

Una parte importante que con frecuencia olvidamos es el impacto inmediato y la aparición posterior de secuelas emocionales con una gran variedad de manifestaciones individuales y sociales en la población afectada y que por la magnitud del evento vivido y su capacidad destructiva podría extenderse a todo el país. Es por ello, que atender el aspecto emocional lo más temprano posible se constituye en una de las prioridades que luego de salvaguardar la vida humana forma parte de la satisfacción de las necesidades básicas de los afectados.

D. Síndrome de estrés post-traumático

Vivir una situación de desastre afecta el equilibrio psicofisiológico y el estrés que resulta de ello puede provocar crisis personales, familiares, incluso crisis a nivel comunal y social. Es importante comprender que los síntomas de estrés físico o psicológico que aparecen después de una situación de desastre, no necesariamente convierten a estas personas en "enfermos" y que estas manifestaciones pueden ocurrir a cualquier ser humano cuando los estímulos o **demandas del medio sobrepasan la capacidad de resolverlos o adaptarse** a ellos. Estas manifestaciones pueden considerarse respuestas "normales" a eventos "anormales".

El término "**estrés**" es actualmente muy utilizado en una gran variedad de contextos, ya sea para expresar una característica del ambiente ("el estrés del trabajo") o para expresar las reacciones que presenta un individuo ante circunstancias particulares. El término proviene de la física y se utiliza para designar la fuerza o **resistencia** que se produce en el **interior** de un objeto **a consecuencia** de una fuerza externa que actúa sobre él. En 1932, W. Cannon fue el primero en utilizarlo aunque de forma poco sistemática en un contexto de salud. (Toboada, 2001)

El estudio y uso del término "estrés", con carácter técnico se inició en 1936 con Hans Selye, quien lo definió como un "conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo", es decir como una alteración de la homeostasis (equilibrio) del organismo. R. S. Lazarus, de la Universidad de California, ha sido la figura principal del estudio del estrés en seres humanos y presentó en 1984 un modelo transaccional en el que lo define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

En el presente documento nos referimos a "**estrés**" para describir los cambios psicológicos, fisiológicos o conductuales que presenta una persona como respuesta a una situación que representa una demanda no usual, y como "estresores" nos

referimos a la situación externa que puede ser más o menos amenazante para la estabilidad del individuo.

Para que se produzca una respuesta de "estrés" deben haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas lo que genera su aparición y lo que determina las características individuales del "estrés". Esto explica que cada individuo pueda responder de manera diferente ante un mismo estímulo y según su historia, experiencias y características personales tendrán diferentes interpretaciones y estilos de enfrentamiento ante cada situación.

Por ejemplo, el evento de la muerte de un familiar cercano, afectará y será vivido de manera diferente por un niño y por un adulto; por alguien que era independiente económicamente que el que no lo era. La adaptación será diferente para el que cuenta con un apoyo y familiar que para el que carece de ello. El que posee creencias religiosas o componentes espirituales de esperanza o resignación acerca del fenómeno de la muerte, posiblemente, interpretará su vivencia de forma distinta de quien no los posee. Estos son algunos de los muchos factores que determinan las diferentes reacciones ante situaciones estresantes y el tiempo o capacidad de asimilación o recuperación.

En los desastres de mayor magnitud, suele ocurrir de forma conjunta la experiencia de un trauma psíquico individual y un trauma colectivo.

Un trauma es una situación inusual de peligro, ya sea físico o para el bienestar de una persona. Las consecuencias psicológicas pueden aparecer de forma inmediata (estrés agudo) o presentarse algún tiempo después (estrés postraumático) y limitan de manera objetiva el funcionamiento posterior de la persona.

En cada situación debemos considerar:

1. Factores externos:

- Tipo de situación que se ha vivido.
- Duración de la situación.
- Intensidad del evento.
- Etapa (fase) del desastre.
- Impacto en la vida personal o comunitaria (grado de desorganización).
- Sistemas de apoyo de la comunidad.
- Redes de apoyo familiar.
- Posibles consecuencias sociales: inmediatas, a mediano y a largo plazo.

2. Factores internos (personales):

- a. Edad del afectado.
- b. Género.
- c. Estado de salud previo y actual.
- d. Situación económica, social, y familiar en el momento del desastre.
- e. Significado (interpretación) personal de la pérdida.
- f. Experiencia previa de eventos de gran estrés, pérdidas y mecanismos de adaptación o resolución a los mismos.
- g. Estado emocional previo al evento actual.
- h. Recursos con que cuenta para enfrentar el desastre (internos y externos).
- i. Formas de respuesta emocional en cada etapa (fase) del desastre.
- j. Evaluación de las posibles consecuencias personales: inmediatas, a mediano y a largo plazo.

3. El segundo desastre

El evento traumático no concluye cuando pasa el fenómeno natural, ya que, según los expertos, es aquí que inicia lo que se denomina "**el segundo desastre**", que requiere igual atención que el primero. Este "segundo desastre" está constituido por la experiencia de adaptación de los damnificados a condiciones ajenas a su estilo de vida, salida del ambiente natural, la desintegración de la comunidad y de las familias (por muerte, por ubicación en refugios diferentes, por estar algunos en hospitales, etc.) y es en este momento que se empiezan a aceptar las pérdidas y a plantear un cambio importante (a menudo radical) en todo lo que era el proyecto de vida personal.

Es importante ir diferenciando entre los síntomas que pueden considerarse como una **respuesta normal** al evento vivido y los síntomas que por su duración, intensidad o afectación al funcionamiento de las personas se convierten en **cuadros clínicos** que deben recibir ayuda especializada. Los cuadros clínicos pueden presentarse en personas que no tengan ninguna predisposición, sólo por el hecho de haber vivido un evento estresor de extrema intensidad, y que el presentar síntomas emocionales no lo convierte automáticamente en un "paciente".

- Trastorno por estrés Agudo.
- Trastorno por estrés Postraumático.
- Trastornos Adaptativos con estado de ánimo ansioso, depresivo o mixto.

4. Trastorno de estrés Agudo:

La principal característica de este trastorno es la aparición de síntomas de ansiedad de tipo disociativo (vemos a la persona perpleja, no reacciona con respuestas afectivas adecuadas a los estímulos, parecieran confusos o que no comprenden lo que sucede) y estos síntomas ocurren durante el primer mes después de haber estado expuesto a un evento estresor traumático de gran intensidad. Ya sea durante el evento o posterior a él, la persona puede experimentar una

sensación subjetiva de obnubilación, distanciamiento o ausencia de respuestas emocionales, una reducción de la conciencia ya sea de sí mismo o del medio, desrealización (sensación de que no está sucediendo lo que sucede, o que no es real o vivirlo como un sueño), despersonalización (sensación de que uno no es uno mismo) o una amnesia disociativa.

El evento traumático es reexperimentado de forma persistente (ya sea con pensamientos, sueños o pesadillas, imágenes, etc.) y la persona evita de forma evidente cualquier estímulo relacionado con el evento traumático. Hay síntomas de ansiedad intensa o temor. Los síntomas pueden causar un malestar clínicamente significativo que interfieren en su funcionamiento habitual o le desajustan las habilidades que el individuo necesita para realizar tareas necesarias.

El malestar dura como **mínimo dos días pero no más de cuatro semanas** después del evento traumático. Las personas con un Trastorno por estrés Agudo presentan una disminución en su respuesta emocional, con frecuencia sienten difícil o imposible experimentar placer en actividades que antes disfrutaban. Pueden experimentar sentimientos de culpa, preocupación y dificultades para concentrarse. El Trastorno por Estrés Agudo tiene síntomas requeridos para el Trastorno por Estrés Postraumático, tales como: presencia de un evento traumático, la reexperimentación del evento, la evitación de estímulos que lo recuerden y una respuesta mayor de la esperada ante estímulos relacionados con el trauma como estar hiperalerta, presentar insomnio o inquietud motora.

Las personas que presentan este trastorno tienen mayor predisposición para desarrollar posteriormente un Trastorno por Estrés Postraumático y este diagnóstico debe establecerse si los síntomas duran más de un mes; pueden presentar conductas de alto riesgo y en el caso de que los sentimientos de culpa debido a la pérdida de seres queridos o no haber podido ayudar como cree que debió hacerlo, debemos considerar la posibilidad de que desarrolle un Episodio Depresivo Mayor.

5. Trastorno por Estrés Postramático:

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) introduce en su clasificación denominada “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales” en su cuarta edición (DSM-IV), el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, como producto de un importante movimiento social iniciado por los veteranos de la guerra de Vietnam y sus familiares. Posterior a la finalización de la guerra, se incrementa la presión social debido a que una gran cantidad de los ex-combatientes presentaron manifestaciones psicológicas (expresaban una pérdida de la capacidad afectiva, distanciamiento emocional de personas que antes eran importantes como esposa e hijos, una pérdida de interés en el futuro y sus planes, dificultad para reinsertarse a la vida laboral, recuerdos insistentes y angustiantes de los eventos vividos, etc.) y muchos de ellos terminaron en suicidio.

Según el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, en su IV edición, los estudios de prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático, señalan rangos del 1% al 14 % dentro de una variabilidad relacionada con los métodos y la población muestreada.

Los estudios con individuos en riesgo (veteranos de guerra, víctimas de violencia o desastres naturales) muestran rangos de **prevalencia del 3% al 58%**. Los datos anteriores expresan por sí solos la importancia y trascendencia por los costos sociales y de salud, que estas manifestaciones han venido alcanzando en la sociedad norteamericana y más aún en una situación de desastre como la vivida en Nicaragua.

Los rasgos esenciales de éste trastorno se muestran con la presencia de un conjunto de síntomas en personas expuestas a eventos traumáticos. Las respuestas de las personas pueden ser de un miedo intenso, horror o desesperanza, en niños

podemos ver conductas agitadas. La reexperimentación del evento traumático (sensación vívida de estarlo volviendo a vivir ya sea por ideas o en sueños) y la evitación de los estímulos que lo recuerden.

Los síntomas inician en los tres primeros meses después del trauma y **deben durar más de un mes**. Causan malestares clínicamente significativos, desajuste social, ocupacional o en cualquier otra área de su funcionamiento habitual. En un inicio puede ser establecido el Diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo. Las personas hacen esfuerzos por evitar los pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades o personas que les recuerden el evento. Esta evitación puede incluir amnesia de detalles o de aspectos importantes del evento. Pueden experimentar una disminución del deseo de hacer actividades que antes gustaba realizar, una pobreza o ausencia de respuesta emocional, distanciamiento de personas que antes amaba, principalmente con aquellas asociadas a la intimidad, la ternura o sexualidad. Esta dificultad en sus relaciones interpersonales puede llevarlos a divorcio o pérdida del trabajo, lo que genera un desajuste total en sus vidas.

Pueden presentar conductas impulsivas, autodestructivas, sentimientos de desconfianza o de estar siendo dañado por lo demás, hostilidad, vergüenza, malestares y quejas somáticas y cambio en algunas características de su personalidad, previas al evento traumático.

Estas personas pueden experimentar desesperanza, una sensación de acortamiento del futuro, como si no tuviese sentido hacer planes. Respuestas exageradas a estímulos relacionados con el evento, insomnio, pesadillas, despertar sobresaltado. Algunos reportan irritabilidad, enojo y estallidos de cólera; otros presentan problemas de concentración o dificultad para mantener sus planes o completar las tareas que inician. En general, los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático tienen mayor probabilidad de desarrollar episodios depresivos mayores, fobias simples o específicas, trastornos por somatización y trastornos relacionados con el uso de sustancias, como una manifestación conductual de su desajuste emocional.

Los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático se quejan de un doloroso sentimiento de culpa ya sea por haber sobrevivido o por las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir.

Los eventos traumáticos han sido ampliados a una gran gama de posibles experiencias traumáticas que pueden ser desde la guerra, los desastres naturales, el abuso en niños, la tortura, los accidentes de auto graves, raptos o secuestros, violaciones o/y aún los ataques físicos, su reexperimentación o el malestar psicológico intenso puede disminuir y reaparecer mucho tiempo después ante un estímulo que lo evoque, como por ejemplo la fecha del aniversario del evento, una imagen semejante, etc.

Por la duración de los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático, estos pueden ser **agudos** cuando duran menos de tres meses y **crónico** si los síntomas duran tres meses o más.

Cuando los síntomas inician al menos seis meses después de haber vivido el evento traumático, se denomina **instalación tardía**. Este elemento debe ser tomado muy en cuenta por la necesidad de planificar **seguimientos psicológicos aún años después del evento**.

- **Trastornos Adaptativos:**

La característica principal de los llamados trastornos adaptativos es la aparición de una serie de síntomas emocionales y conductuales como respuesta a un evento claramente identificable como estresor psicosocial. A diferencia de los dos diagnósticos anteriores, en los que el estresor debía ser de extrema intensidad, este diagnóstico se establece con la aparición de síntomas ante estresores más cotidianos o en el caso de eventos traumáticos, pero en los que la persona no experimenta o no reúne los criterios para esos dos diagnósticos.

En los Trastornos Adaptativos los síntomas inician **dentro de los tres primeros meses** después del evento estresor y por lo general **no duran más de seis**

meses después de finalizado el evento, sin embargo, los síntomas se pueden prolongar si el estresor se vuelve crónico. En el caso de los desastres, puede ser que aparezcan una serie de síntomas de leve intensidad (que no reúnen criterios para el Trastorno por Estrés Agudo ni Trastorno por Estrés Postraumático) pero que persisten durante mucho tiempo debido a la falta de condiciones reales de reiniciar su vida o recuperar su nivel anterior al evento.

Los subtipos de los Trastornos Adaptativos pueden identificarse como Estado de **Animo Deprimido**, en el cual las manifestaciones principales son el estado de ánimo deprimido, llanto fácil o incontrolable o sentimientos de desesperanza. Puede presentar predominio de **Ansiedad** y sus manifestaciones serán de nerviosismo, preocupación por eventos que no han sucedido o pensamiento negativo y derrotista, inquietud o sensación de "que algo puede suceder". En los niños temor intenso de separarse de las personas significativas para ellos. Puede haber una presentación de síntomas combinados **Ansioso-Depresivos**.

Otra forma de presentación puede ser con Trastornos de la **Conducta**, con manifestaciones más evidentes en el área conductual como pleitos, agresividad, ruptura o violación de normas establecidas, sin que ello fuera característico de su personalidad antes del evento o que se hayan exacerbado a partir del mismo.

E. Culpa del sobreviviente

La culpa del sobreviviente también puede ser llamada Síndrome del Sobreviviente, como expresa Edgardo Korovsky (2001):

Se denomina síndrome del sobreviviente a un gran número de síntomas, incluyendo depresión, insomnio, ansiedad, pesadillas, enfermedades psicosomáticas, entre otros, que se creen originados en sentimientos de culpa, por ser quienes los experimenta personas, emocionalmente cercanas al

enfermo, tales como padres, hijos, hermanos, parientes o amigos. El síndrome del sobreviviente es un tipo de neurosis traumática (pp. 02)

La culpa experimentada por los sobrevivientes a situaciones de desastre está íntimamente ligada al estrés. De hecho, quienes sufren de dicho síndrome presentan una serie de ideas o pensamientos irracionales que son generados y a su vez se prolongan por situaciones estresantes. De este modo, la culpa inicial que resulta de una situación crítica genera montos elevados de estrés, pero a su vez, si estos últimos, se mantienen a través del tiempo, hacen que no desaparezca la culpa y que los daños fisiológico y emocional también aumenten.

Por lo anterior, la intervención psicológica no se limitará únicamente a la reestructuración cognitiva, sino que es de vital importancia comenzar con el tratamiento directo del estrés a través de la inoculación. Al mismo tiempo se trabaja con la reestructuración de los pensamientos, pasando por la biblioterapia, esta última debido a la necesidad de que la persona conozca y comprenda sobre su problema, de manera que termine de ayudar a la hora de los cambios a nivel cognitivo.

En casos más severos, se debe valorar la necesidad del trabajo interdisciplinario con médicos internistas o psiquiatras, para la medicación de ansiolíticos u otros medicamentos que permitan al paciente superar su ansiedad, insomnio, hiperventilación u otros síntomas físicos (como colitis, gastritis, problemas cardíacos) que le esté aquejando y que no se vea disminuido a través de la inoculación del estrés y/o que no esté permitiendo poder comenzar con los cambios cognitivos por ser depresiones severas con o sin ideas suicidas.

Los síntomas observados en el síndrome del sobreviviente se ajustan a aquellos que se presentan en el trastorno de estrés post- traumático, ya que ambos fenómenos están en estrecha asociación, es por esto que muchas de las técnicas para el enfrentamiento del estrés, van a acarrear necesariamente mejoras en dicho síndrome.

III. TRATAMIENTO

A continuación se propone el tratamiento de la culpa del sobreviviente en mujeres cruzrojistas. Para ello se toma como base el trabajo realizado por Alfaro y Blandino (2001), con algunas modificaciones que adecúan dicha forma de intervención al trabajo con mujeres cruzrojistas, lo que incluye consideraciones de género, y de exposición cotidiana a situaciones de desastre, ya que su trabajo les requiere esto. Se señalarán algunas recomendaciones para el autocuidado de las socorristas por el desgaste físico y emocional que les exige su ocupación.

A. Tratamiento del estrés

Seguidamente se exponen algunas técnicas de tratamiento para trabajar el área de manejo del estrés. Se han escogido por que se consideran muy efectivas. Como se especificó con anterioridad estas técnicas corresponden a una orientación psicológica cognitivo- conductual.

1. La inoculación del estrés

En términos generales, es un modelo de intervención en el cual se le enseñan a la persona diversas habilidades cognitivas- conductuales- emocionales que le permitan relajarse y enfrentarse a una amplia gama de eventos estresantes. (Davis, 1988)

Esta técnica no pretende evitar los eventos que producen estrés; más bien se dirige a instrumentar a la persona con nuevas técnicas de afrontamiento y manejo del estrés.

El objetivo fundamental de la intervención es que la persona logre como primer paso relajarse, lo que conlleva a bajar la elevada activación fisiológica, para que posteriormente utilice diversas estrategias para afrontar y manejar el estrés (Davis, et. Al. pp. 105)

Dicha intervención permite que las personas logren evaluar y posteriormente elaborar y llevar a cabo la acción que se requiere, aparte de estimar los recursos personales con los que cuenta para el manejo del evento. Lo anterior facilita pensar desde una óptica diferente acerca del evento que va a afrontar y las diferentes alternativas que puede utilizar.

Es importante para el autocuidado de las cruzrojistas, mantenerse relajadas y resolver los problemas de forma más razonable, ya que de esta manera pueden ser más eficaces en su labor de socorro y además mantener su integridad emocional y física, luego de la atención de una emergencia.

Esta estrategia incluye las siguientes habilidades:

1. Relajación
2. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva)
3. Resolución de problemas.
4. Entrenamiento en autoeficiencia/ autorrecompensa.
5. Establecimiento de habilidades conductuales (asertividad, por ejemplo)

Entre las modalidades de relajación que se pueden utilizar tenemos:

- a. Relajación progresiva.

La relajación en un sentido estricto hace referencia a un estado del organismo definible como la ausencia de tensión, y que se manifiesta en tres niveles: fisiológico, conductual y subjetivo (Cautela y Groden, 1989).

Los supuestos básicos de esta técnica, planteados por Cautela y Groden (1989), son los siguientes:

1. Es una técnica fisiológica basada en la relajación de la musculatura esquelético-motoras.
2. El programa de entrenamiento se basa en la discriminación de las señales de tensión en las distintas partes del cuerpo ejercitadas.
3. La relajación de la musculatura conlleva a la relajación del sistema autonómico-vegetativo.
4. La relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación emocional y de relajación cognitiva.

b. Cuestionario para el estrés de M. Solano- Beuaregard (1996)

Con dicho instrumento se pretende detectar cuál es la parte vulnerable de cada paciente, sea esta la motora, la cognitiva- conductual o la neurovegetativa; así como su nivel de estrés (bajo, medio, alto). Esto permite no sólo medir, sino ayudar a que las personas entren en contacto con su nivel de estrés, lo que puede devenir en cambios cognitivos en el afrontamiento y manejo del paciente.

c. Afrontamiento de eventos estresantes utilizando la imaginación de Davis (1988)

Con esta técnica se busca una reestructuración cognitiva, mediante la afrontación de eventos estresante con el uso de la imaginación. Se comienza por el evento menos estresante:

1. Tome este primer evento estresante. Imagine el evento de la manera más detallada posible: dónde está, con quiénes, el lugar, los colores, sonidos; todos aquellos detalles para darle realidad.

2. Mantenga esa imagen por unos 30 a 40 segundos. Mire como reacciona su cuerpo: los latidos del corazón, su respiración, la tensión de sus músculos. Estas son las señales para iniciar la relajación antes aprendida.
3. Mantenga la imagen y trate de relajarse. Puede decirse así mismo: “Relajado... calma... déjate ir”.
4. Haga lo mismo con el mismo evento hasta que cuando lo imagine no sienta tensión física o ansiedad. Mantenga la imagen en su mente por 30 segundos.
5. Una vez que usted imagine el primer evento sin tensión o ansiedad alguna, pase a realizar el mismo procedimiento con la escena siguiente de la jerarquía.
6. Recordar:
 - Se inicia con el evento menos estresante y se avanza de forma gradual, poco a poco, al evento siguiente.
 - El primer día que empiece a trabajar con los eventos de la jerarquía, no deberá realizar más de 3 o 4 escenas.
 - No pase a la escena siguiente hasta que logre imaginar el evento con el que se está trabajando, cuando este no evoque ansiedad o tensión física.
 - Deténgase si se siente cansado o aburrido.
 - Ubíquese en un lugar cómodo y en el que no sea interrumpido.
 - Una vez que usted se ha relajado 2 o 3 veces con todos los eventos de su jerarquía, tendrá más confianza en sí mismo a la hora de enfrentarse a estas mismas situaciones en la vida real (pp. 109).

Es importante recordar que la práctica de estas técnicas no solo sirve para solvenar las necesidades de un momento en especial sino que cuando la persona aprende a identificar sus indicadores fisiológicos de estrés y a manejarlos, este hecho se convierte en una habilidad. Una vez aprendida la técnica, la persona podrá recurrir a ella incluso en momentos o lugares distintos, llegando a controlar las respuestas ante el estrés incluso en la situación de crisis.

B. Manejo de la culpa

Dentro del manejo de la culpa, tiene mucha importancia las creencias o pensamientos que se tenga ante una determinada situación, por lo que un evento puede ser más o menos traumático para una persona o para el grupo. Si sus creencias son muy rígidas, la persona tenderá a culparse más. Mediante la valoración de los pensamientos, los sujetos pueden tomar conciencia que se están pidiendo más de lo que otros podrían hacer, o a que las situación no lleguen al límite de que se lastimen o lastimen a otros por exigirse horarios y condiciones de trabajo que ellas mismas no le pedirían a otros.

En la investigación realizada por Machado y Piedra (2001), se observa que las mujeres cruzojistas cuenan con pensamientos irrecionales como el deber ser para los otros, las ideas de omnipotencia e impotencia y dependecia vital.

1. Restructuración cognitiva

Aunque en el punto anterior se menciona e incluye, ésta reestructuración está dirigida al afrontamiento de la Culpa directamente, y ya no se enfoca solamente en el manejo del estrés.

Con esto se pretende conseguir que el cambio perdure más allá de la solución de la situación de crisis y se refleje en el estilo de vida de la persona, en su sistema de valores y en sus acciones cotidianas.

a. Técnica de preguntas para evaluar pensamientos de Buela- Casal (1991)

La técnica de preguntas permite valorar la manera de pensar del cliente (en este caso la persona involucrada en el desastre) haciendo un análisis de las creencias racionales e irracionales de la personal, con el propósito de modificar los segundos en busca de pensamientos más saludables y sustentados en la realidad. Es válido aclarar que las creencias irracionales son las que sostienen la culpa y bloquean los procesos de realidad.

Preguntas para evaluar la validez de los pensamientos.

- ◆ ¿Qué evidencia existe a favor de este pensamiento? ¿Qué datos posee? ¿Qué pruebas tiene?
- ◆ ¿Qué evidencia existe en contra de este pensamiento? ¿Qué datos?
- ◆ ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra esto que usted piensa?
- ◆ ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ◆ ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ◆ ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué evidencia hay a favor y en contra de ellas?
- ◆ Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿Qué evidencia hay a favor y en contra de ellas?

Preguntas para evaluar la utilidad de los pensamientos.

- ◆ ¿Le ayuda este pensamientos a conseguir sus objetivos?
- ◆ ¿Le ayuda este pensamientos a solucionar su problema?
- ◆ ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?
- ◆ ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ◆ Pensar en esto ¿le es de provecho o le sirve de estorbo?
- ◆ Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría para ayudarle afrontar la situación?
- ◆ Si las cosas son realmente así, ¿qué puede hacer para cambiarlas, cómo puede hacer frente a la situación?

Preguntas para identificar pensamientos adicionales

- ◆ Incluso si esto es verdad, ¿hasta que punto es malo? ¿Es una catástrofe? ¿Es tan malo como parece?
- ◆ ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente así?
- ◆ ¿Qué sucedería si ocurriera lo peor que cree que puede pasar en esta situación?
- ◆ Dado que esto sea así, ¿por qué ha de alterarse tanto? ¿No estará pensando algo más?

C. Biblioterapia

Tiene por objetivo familiarizar al paciente con su síndrome de manera que pueda entender cuáles son los procesos por los que está atravesando y a su vez intervenir en las distorsiones cognitivas que lo sostienen. Un resumen del marco teórico podría proporcionar mucha información útil.

Esta técnica consiste en brindar a la o las personas información escrita sobre lo que le ocurre de modo que esta (s) persona (s) entiente (n) que por lo que está (n) pasando no es un hecho aislado que le(s) ocurre solo a ella(s), sino que es un fenómeno ya estudiado. Además ello le ayuda a la persona a comprender las variables que intervienen en su manera de comportarse y de así podrán empezar a controlarla.

D. Trabajo interdisciplinario: psicólogo/personal médico (psiquiatra o internista, otros socorristas).

En los casos que se presente una ansiedad severa, de más de seis meses (con o sin ideas suicidas) es necesario la valoración médica. Igual necesidad existe en aquellos pacientes que presenten una condición fisiológica deteriorada (migraña,

gastritis, colitis, trastornos de sueño), en los cuales la inoculación del estrés no ha llevado a avances significativos y/o se presume afecta reestructuración cognitiva por encontrarse el paciente con dolor lo que no permite que se pueda trabajar de igual manera.

En el trabajo grupal se resca el hecho de que puede permitirse un trabajo preventivo, es decir antes de asistir la situación de emergencia. El aprendizaje de estas técnicas previene las situaciones de estrés por parte del grupo, ya que si las otras compañeras han adquirido estas habilidades, pueden funcionar como redes de apoyo en el grupo. Se crea entonces un efecto colateral de educación hacia las otras miembros del grupo y de contención emocional.

IV. COMENTARIO FINAL

Este manual es una propuesta basada únicamente en la revisión bibliográfica y no ha sido sometido aún a una validación práctica de trabajo. Además para efectos de la realización del mismo se hizo una selección de técnicas conductuales, pero es necesario aclarar que dentro del modelo existen algunas otras que al igual que éstas su eficacia ha sido probada, por tanto queda sujeto a la decisión del profesional que realiza la intervención, la utilización de éstas u otras.

V. REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1999). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-IV)**. Barcelona, España: Mason S.A.
- Buela- Casal, G. (1991). **Psicología Clínica Aplicada**. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cautela, J., Groden, J. (1989). **Técnicas de Relajación**. España: Martínez Roca Editores.
- Cohen, R. (1999). **Salud mental para víctimas de desastres** Guía para instructores. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Davis, M., et. Al. (1988). **Tecnicas Cognitivas para el Manejo del Estrés**. México: Editorial Roca.
- Dr Fobia (2001). **Trastornos por estrés post- traumático**. en:http://www.drfofia.com/trast_est_post_tra1.html
- Korovsky, Edgardo. (2001). **Enfermedad somática y violencia**. En <http://www.uyweb.com.uy/relaciones/n145/1945.htm>
http://www.drfofia.com/trast_est_post_tra1.html
- Lagarde, M. (1992). **Identidad de género**. Material recopilado de la Conferencia en el Centro Juvenil "Olof Palme". Managua, Nicaragua. En: Colección Metodologías; no.1. Sentir, pensar y reflexionar la violencia intrafamiliar; no.5). San José: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia.
- Levi, P. (2000). **Los hundidos y los salvados**. España: Personalía de Muchnik Editores, S.A.
- Quirós, E. (1997). **...y no viví feliz para siempre...** (Colección Metodologías; no.7. Sentir, pensar y reflexionar la violencia intrafamiliar; no.1). San José: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia.
- Solano B., M. (1996). **Curso Sistemas de Psicoterapia II**. Universidad de Costa Rica. Segundo Semestre.
- Taboada, M. L. (2001). **Eventos traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural**. En: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_7.htm
- Waserstein, S. (2001). **Matanza del diez de julio de 1941**. San José:

VI. ANEXOS