

MEMORIAS

SEGUNDO ENCUENTRO CHILENO DE PSICOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES 2014

“PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA EN LO COTIDIANO”

Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED)

Santiago, Agosto 2014

Organiza

Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED).

Patrocinan

Hospital de Carabineros HOSCAR (Patrocinador Oficial).

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Servicio de Salud Metropolitano Central.

Servicio de Atención Médica de Urgencia SAMU. Servicio Salud Metropolitano Central.

Bomberos de Chile.

Colegio de Psicólogos de Chile.

www.sochped.cl

2º ENCUESTRO CHILENO DE PSICOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

SÁBADO 30 AGOSTO 2014

Auditorio Hospital de Carabineros
Avda. Antonio Varas 2500
Ñuñoa – Santiago
Horario: 09:00 – 17:30

ORGANIZA



Entrada Liberada
Formulario Inscripción en:
www.sochped.cl

PATROCINAN



CONSULTAS: extension@sochped.cl +56984134052 www.sochped.cl

Índice

Prólogo.

Presentación.

Relatos de Experiencias.

- | | |
|--|----|
| 1. Implementación del Servicio de Psicología de Enlace en el Hospital de Urgencia y Asistencia Pública HUAP. Servicio de Salud Metropolitano Central.
<i>Patricia Rojas Salinas & Denisse Teillery Baladrón.</i> | 9 |
| 2. Gran Incendio de Valparaíso, Despliegue de Unidad de Intervención y Respuesta Rápida (UNIRR). Respuesta psicosocial, experiencia desde la atención prehospitalaria. Servicio de Atención Médica de Urgencia SAMU. Servicio de Salud Metropolitano.
<i>Miguel Parada Castro.</i> | 15 |
| 3. Experiencia Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar.
<i>María Dolores Castro.</i> | 20 |
| 4. Psicología de la Emergencia en lo cotidiano en Carabineros de Chile.
<i>Patricia Bravo Ibarra & Cecilia Saffie Duery.</i> | 23 |
| 5. Programa de Apoyo ante Eventos Críticos (PAEC) Mutual de Seguridad Asesorías S.A.
<i>Consuelo Prado Olavarría.</i> | 27 |
| 6. Unidad de Intervención en Crisis (UIC) Asociación Chilena de Seguridad (ACHS).
<i>Carlos Raúl Grüttner Ramírez.</i> | 30 |
| 7. Exploración de las Neurocompetencias de Personal de Emergencias.
<i>Alfredo Sherrington Rodríguez</i> | 34 |
| 8. Recomendaciones para la evacuación ante un escenario real de terremoto/tsunami en la ciudad de Iquique.
<i>Andrea Vásquez González.</i> | 38 |
| 9. La Percepción de las víctimas sobre los PAP
<i>Karolina Fernández Krzeminska.</i> | 44 |
| 10. Hacia un Modelo de Investigación-Acción-Participativa (IAP) con jóvenes en contextos post-desastre: El caso de Chaitén.
<i>Rodrigo Mardones Carrasco.</i> | 50 |
| Reflexiones Finales y Conclusiones. | 57 |

Apéndice:

Conductores del Segundo Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres 2014.

Prólogo

El Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres, fue pensado para generar un espacio, entre profesionales de psicología, destinado al intercambio académico y actualización de lo llevado a cabo con la especialidad a nivel nacional. En un espíritu de colaboración mutua, que facilitara la coordinación y articulación de redes. Su antecedente directo es el “Primer Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres” realizado el año 2011, el cuál deriva de una inquietud generada desde la investigación “Significados que dan a sus prácticas, psicólogos y psicólogas que intervinieron 3 primeros meses luego de ocurrido el terremoto y tsunami en Chile 2010, en relación con las comunidades afectadas”. Desarrollando este estudio y en conversaciones con colegas que intervinieron, escucho necesidades de coordinación, planificación, artiuación de redes, soporte del gremio y sistematización de experiencias locales relacionadas con Psicología en contextos de desastres en Chile.

Tomando en cuenta dichas conversaciones, un *“Encuentro Chileno de Psicología de en Emergencias y Desastres”* pareció atingente. Propongo la idea a la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED), organización que dados sus objetivos y asociatividad gremial, parecía un espacio adecuado para un proyecto de estas características. La idea fue apoyada y emprendimos el desarrollo del Primer Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres el año 2011 y el día de hoy, su segunda versión, diseñada y reconstruida con los aportes de los psicólogos de la Comisión Organizadora.

En este proceso, hemos contado con expositores que han ejercido la Psicología en contextos de emergencias y desastres en Chile en niveles de intervención, individual y social y desde marcos teóricos, metodológicos y epistemológicos diversos.

El espíritu de este proyecto y la motivación por su continuidad, no radica en exclusiva en la usual coordinación recomendada, en teoría, para la práctica de psicólogos en emergencias y desastres. Sino desde la experiencia, de cuán revelante fue la colaboración y el apoyo entre pares, el autocuidado y el cuidado mutuo, en un contexto de desastre de suma complejidad. Por lo tanto, los esfuerzos para ejecutar y sistematizar estos “Encuentros” son avances hacia lecciones aprendidas y hacia la prevención a largo plazo. En lo posible, a develar más preguntas que respuestas. Promoviendo una Psicología en Emergencias y Desastres en Chile, día a día, en lo cotidiano.

Sandra Arias Orellana
Coordinadora de Proyecto

Presentación

La Psicología en Emergencias y Desastres, ha sido visualizada en Chile sobre todo en relación a la ocurrencia de grandes desastres o en situaciones de urgencia. Sin embargo, nos preguntamos ¿Cómo es el quehacer cuando no hay emergencias? ¿De que modo se desarrolla la Psicología en Emergencias y Desastres en Chile día a día? A partir de estas reflexiones, fue trazado el eje temático central del Segundo Encuentro: “Psicología de la Emergencia en lo Cotidiano”, el cual fue realizado el día 30 de agosto del 2014 en el Auditorium del Hospital de Carabineros (HOSCAR) en Santiago de Chile.

Esta actividad, organizada por Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED), contó con el patrocinio del Hospital de Carabineros HOSCAR, del Hospital de Urgencia y Asistencia Pública y el Servicio de Atención Médica de Urgencia SAMU del Servicio de Salud Metropolitano Central, Bomberos de Chile y el Colegio de Psicólogos de Chile. A ella asistieron 110 personas provenientes de diversas áreas relacionadas con la seguridad, las emergencias y los desastres. Aquellos expositores que colaboraron con la primera versión 2011, fueron especialmente invitados reservándoles un lugar preferencial entre los asistentes.

Junto con lo anterior, en esta ocasión celebramos además el décimo aniversario de fundación de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres, reconociendo el trabajo de nuestros colegas que cumplían diez años en la organización: Humberto Marín Uribe, Rodrigo Molina Miranda y Lorena Monsalve Sanhueza, quienes reciben la membresía de Socios Honorarios de SOCHPED.

En esta segunda versión, para definir el Programa reemplazamos la preselección de expositores por una Convocatoria Abierta destinada a los interesados en presentar sus trabajos.

Durante la jornada, conocimos el trabajo de profesionales de psicología en nuestro país, con la experiencia del Servicio de Psicología de Enlace del Hospital de Urgencia y Asistencia Pública (HUAP), Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar y el Servicio de Sanidad de Carabineros de Chile. El Programa de Apoyo ante Eventos Críticos (PAEC) de Mutual Asesorías S.A. y la Unidad de Intervención en Crisis de (UIC) de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS). Al mismo tiempo, tuvimos la oportunidad de conocer una experiencia de respuesta psicosocial en el incendio de Valparaíso con la presentación de UNIRR del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU). En paralelo, revisamos avances en materia de investigación acerca de: Neurocompetencias de personal de

emergencias. Recomendaciones para la evacuación ante un escenario real de terremoto/tsunami en la ciudad de Iquique. Percepción de las víctimas sobre los PAP. Y finalmente, un Modelo de Investigación-Acción-Participativa (IAP) con jóvenes en contextos post-desastre: El caso de Chaitén.

La actividad fue fructífera en asistencia y participación. Agradecemos a todos quienes colaboraron para concretar este Segundo Encuentro de Psicología en Emergencias y Desastres satisfactoriamente, a la Comisión Organizadora de SOCHPED, a los patrocinadores y en particular a Carabineros de Chile quienes facilitaron sus instalaciones, a los asistentes, a las organizaciones presentes. Y muy especialmente a los expositores, quienes ofrecieron desinteresadamente sus tiempos para aportar al desarrollo de la Psicología en Emergencias y Desastres en Chile.



RELATOS DE EXPERIENCIAS

SEGUNDO ENCUENTRO CHILENO DE PSICOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES 2014

Implementación del Servicio de Psicología de Enlace en el Hospital de Urgencia y Asistencia Pública HUAP Servicio de Salud Metropolitano Central

Panelistas: Patricia Rojas Salinas & Denisse Teillery Baladrón.

Resumen:

Instalación del Servicio de Psicología de Enlace, en el Servicio de Urgencia, del Hospital de Urgencia y Asistencia Pública (HUAP). Se presenta: El rol del psicólogo, en base a un modelo Biopsicosocial de Salud y Psicología de la Salud, prestaciones, categorización de consultas recibidas y principales dificultades observadas en el trabajo cotidiano.

ENCUADRE

La inclusión del psicólogo en el ámbito intrahospitalario, se ha sostenido a partir de la apertura del paradigma biopsicosocial de atención en salud, sostenido por la Organización Mundial de la Salud en 1977.

A partir de aquello, la atención basada en el modelo donde convergen una multiplicidad de determinantes, ha sido replicada en diversos recintos hospitalarios, incorporando los conocimientos de la Psicología de la Salud como eje fundamental para la recuperación del bienestar de los pacientes, teniendo un reconocido éxito en países como Cuba, Brasil, entre otros.

No obstante, pese a los avances que se han mantenido a lo largo de los años, existen escasos antecedentes sobre la incorporación de un equipo multidisciplinario en los servicios donde nuestros pacientes se ven expuestos a diferentes eventos que por su alta complejidad, entregan un ambiente de vulnerabilidad y de incertidumbre, como son los servicios de urgencia.

Pese a ello, sostenemos que un psicólogo en dichos ámbitos resulta de primera necesidad, así como en los otros espacios donde se ha visto inmerso; Rescatar la subjetividad de quien padece, así como otorgar apoyo a las familias de quienes consultan es uno de los principales objetivos que dicho profesional debe sostener, sobre todo en los

momentos donde la demanda de atención pone de manifiesto el déficit de resolutiveidad de nuestro sistema de salud.

Sin ir más lejos, muertes por accidentes de tránsito asociadas a consumo de alcohol, enfermedades asociadas con riesgo cardiovascular -donde la conducta es un factor determinante - es algo que recoge el modelo Psicología de la Salud, como puente entre las Ciencias Médicas y Ciencias Sociales. Invitando a mirar la visión restrictiva de los sistemas sanitarios, como espacios donde el sujeto enfermo es aislado de su contexto social. Mirada descontextualizadora de una persona enferma, sin entender que, cuando una persona se enferma, se enferma la familia, cuando una persona se hospitaliza, están todos hospitalizados. Las dinámicas de esta familia cambian y por lo tanto, había que dar respuesta a también a aquello.

Psicología de la Salud

La *Psicología de la Salud* es definida como: “Un conjunto de contribuciones específicas educacionales, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantención de la salud, a la prevención y el tratamiento de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas, al análisis y mejoramiento del sistema de atención de salud y de las políticas de salud” (Matarazzo, J; 1982. Cit.: Molina, 2005)

Es a partir de la década de los sesenta donde algunos psicólogos ingresan al ámbito hospitalar, con fines de obtener mayor experiencia, fundamentando su rol en labores diagnósticas, siendo una experiencia lejana a lo que hoy conocemos en el terreno de la Psicología de la Salud.

Sin embargo el surgimiento de la Psicología de la Salud Hospitalar, comienza en ese mismo período, estimulado por las contingencias sociales y cambios a nivel del concepto salud-enfermedad. Es en dicho aspecto que luego del fracaso del sistema sanitario se instala una mirada biopsicosocial de la salud, incluyendo componentes propios de nuestra profesión como ejes principales de acción para lograr el bienestar.

Es así como algunos de los aspectos más importantes que posibilitan el surgimiento de la Psicología en este ámbito son:

- Una nueva representación integrada del concepto salud
- Reconocimiento de aspectos subjetivos de los usuarios tales como creencias, emociones, rasgos de personalidad, que influyen de manera significativa en el manejo y pronóstico de la enfermedad.
- El incremento de la importancia de la atención primaria en las acciones para la salud.

-
- Desarrollo de los conceptos de calidad de vida y bienestar más integrado que sólo la ausencia de enfermedad.

Estas transformaciones han incorporado una nueva mirada en el campo de salud, por lo que la integración del psicólogo en las instituciones hospitalarias ha sido más justificada para el equipo de salud tradicional, posibilitando la implementación de un equipo de psicólogos desde el año 2005 en el Hospital de Urgencia y Asistencia Pública.

No obstante, en el cotidiano, para un médico todavía es difícil de entender que es lo que podría aportar un psicólogo en una unidad de emergencia, muchos de estos refieren que *“lo importante es salvarle la vida”* desconociendo la carga subjetiva que conlleva un quiebre vital tras un incidente crítico.

En dicho contexto, nuestro gran desafío en el presente ha sido incorporarnos y ser reconocidos como un aporte en el tratamiento y recuperación del paciente. Por lo que este trabajo pese a ser novedoso, debe ser serio en su estructura incorporando un marco metodológico que no acepta improvisaciones.

INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DE ENLACE EN EL HUAP

Historia y Contexto

El Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, es el único Hospital en Chile que recibe pacientes 100% por la vía de un servicio de urgencia. HUAP no tiene hospitalizaciones programadas. Nuestros usuarios han sido víctimas de un quiebre en su cotidiano tras haber sufrido un accidente, una grave descompensación de sus patologías crónicas o patologías agudas impredecibles. Esto, se acompaña a su vez con el hecho de pertenecer a una red asistencial donde somos Centro de Referencia Gran Quemado, asumiendo el tratamiento de pacientes de todo el territorio nacional que han sido afectados por quemaduras que ponen en riesgo su vida.

Trabajando día a día, aparecemos en prensa más por las cosas malas que hacemos que por las buenas. Los pacientes esperan un tiempo variable, donde la atención no es todo lo oportuna que uno quisiera, lo cual es una realidad compartida con los servicios de urgencia del país. Hoy en día, los servicios de urgencia están pasando por una crisis, tanto en el servicio público como en el privado. La gente espera resolutivez inmediata, por lo tanto, optan por la urgencia en vez de tomar una hora de atención. Cerca de un 50% de los pacientes que ingresan, lo hacen con patologías que no son de urgencia, lo que genera atochamiento y saturación de nuestras salas de espera, siendo una carga emocional anexa al motivo de consulta de nuestros pacientes.

Considerando incluso que nuestros pacientes ingresaban de manera imprevista, teníamos que explicar la relevancia, que en el caso de un paciente que había salido bien de su casa y que había sido atropellado, algo pasaba a nivel de su Salud Mental, algo pasaba en su familia...

Alrededor del año 2005, los profesionales de Salud Mental del HUAP estaban orientados a la atención directa de nuestros funcionarios, quedando sujeta a la supervisión por el área de recursos humanos.

No obstante, las necesidades manifiestas del Servicio de Urgencia movilizaron la solicitud de generar un proyecto de intervención que consistiría en profesionalizar la información en los servicios de urgencia. Desde ahí en adelante nace el Servicio de Enlace en la Unidad de Emergencia, para atender principalmente las demandas de información y mediar la relación entre el equipo clínico, los familiares y pacientes.

Posteriormente, pudimos incorporar atención en los servicios clínicos en el tratamiento de pacientes hospitalizados en todo el Hospital. Básicamente vinculando a los pacientes que requieren continuidad, en un modelo de Psiquiatría de Enlace (mientras dura la hospitalización) y luego la continuidad con el nivel que le corresponde.

Servicio de Urgencia HUAP

El sistema de trabajo está compuesto por 3 profesionales psicólogos y 1 secretaria. Tiene cobertura los 365 días del año. Están divididos por servicio clínico y hoy en día los psicólogos son inter consultados para el apoyo en el manejo de patologías médico quirúrgicas y otras de la especialidad por Salud Mental. Pacientes, por ejemplo, que pierden su rol social y familiar tras una amputación, cambios en la autoimagen de pacientes secuestrados por quemaduras o reacciones secundarias a la estadía intrahospitalaria, han sido los principales motivos de consulta en los servicios de hospitalizados

En cuanto al Servicio de Urgencia, el principal foco de atención es la crisis que moviliza la consulta. Se realiza la primera atención en pacientes suicidas, malas noticias, atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar.

EXPERIENCIA TRABAJO PSICOLOGÍA DE ENLACE EN UN SERVICIO DE URGENCIA.

En HUAP convergen un sinnúmero de eventos que generan un alto impacto emocional y también en medios de comunicación. Por ejemplo: Accidente de Tur Bus, Incendio en Cárcel de San Miguel donde realizamos las primeras intervenciones, además de otros eventos que son experiencias cotidianas, que no salen en los medios de comunicación, pero de alto impacto como: Infartos, accidentes de tránsito, traumas, violencia.

Un paciente que ingresa al HUAP, es un individuo que se enfrenta a una pérdida que no necesariamente va ligada a la muerte como evento. La incertidumbre, el dolor y el escaso control asociado a lo que ocurre, son elementos que marcan la estadía de estos usuarios en la institución.

Prestaciones del Servicio de Psicología de Enlace

El objetivo de nuestra intervención en contextos de urgencia se fundamenta en la primera acogida y entrega de herramientas frente a situaciones de crisis, evaluación de urgencia psiquiátrica y derivación a las distintas especialidades. A partir de aquello, nuestras intervenciones estarán orientadas a dos poblaciones objetivas, pacientes y familiares:

Pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias Médicas

- Evaluación de urgencias psiquiátricas y derivación a especialidad.
- Primera acogida y entrega de herramientas frente a situaciones crisis.
- Derivación efectiva a red asistencial de Salud Mental.
- Apoyo en la entrega de información médica.
- Apoyo y atención al Inmigrante.

Familiares de pacientes en Servicio de Urgencias Médicas

- **Apoyo en la entrega de malas noticias:** Es importante referir que como psicólogos nos vemos impedidos desde el Protocolo para comunicar una mala noticia. No obstante, realizamos un continuo apoyo en dicho proceso.
- **Entrega de orientaciones sobre estrategias de cuidado del paciente.**
- **Intermediar relación médico-familiar sobre entrega de información.**

Principales Consultas Psicología de Enlace

Con fines prácticos, nuestras atenciones deben ser categorizadas en tipos de consulta específicos, los cuales nos ayudan al apoyo en el registro de atenciones. Es importante sostener, que no tenemos las condiciones necesarias para realizar un diagnóstico, sobre todo asumiendo que la mayoría de las consultas son el reflejo de un incidente que genera una reacción o descompensación de personalidad premórbida:

- Entrega de malas noticias (Recuperador, MD, amputación quirúrgica).
- Psicosis.
- Síndrome Ansioso.
- Síndrome Depresivo.
- Trastorno Somatomorfo.
- Abuso de sustancias.
- Intento suicida.
- VIF (Violencia de Género, Programa piloto FONASA).

En cuanto al modelo de intervención, nuestro quehacer se fundamenta en el encuadre de Intervención en Crisis de Primer Orden, asumiendo ciertas diferencias sobre los dispositivos psicoterapéuticos clásicos, ya que el terapeuta debe asumir un rol activo en la intervención y cercano al tiempo de ocurrido el evento.

Principales dificultades en el ingreso de psicólogos en el Servicio de Urgencia:

Pese a las innovaciones en el campo de la salud, nuestro trabajo no ha dejado de presentar dificultades al incorporarnos como parte del equipo sanitario. Las principales dificultades en este sentido han sido las siguientes:

- Relación jerarquizada de funcionarios, donde la enfermera es quién se encarga del cuidado integral del paciente.
- Escaso reconocimiento sobre los determinantes sociales y psicológicos de la enfermedad.
- Violencia y sufrimiento normalizado por parte del personal.
- Personal orientado usualmente al manejo de urgencias médicas definibles.

Gran Incendio de Valparaíso, Despliegue Unidad de Intervención y Respuesta Rápida (UNIRR) Respuesta psicosocial, experiencia desde la Atención Prehospitalaria. Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) Servicio de Salud Metropolitano

Panelista: Miguel Parada Castro

Resumen:

Respuesta psicosocial de Unidad de Intervención y Respuesta Rápida (UNIRR) en incendio Valparaíso 2014. Se presenta: La intervención, principales hallazgos sintomatológico en las atenciones, requerimientos de atención y lecciones aprendidas.

UNIDAD DE INTERVENCIÓN Y RESPUESTA RÁPIDA (UNIRR)

La UNIRR interviene en eventos masivos, desastres o catástrofes. Está compuesta por médicos, enfermeras, kinesiólogos, matronas, paramédicos y conductores. Esta unidad, cuenta con un despliegue logístico que le otorga autonomía para prestar servicios alrededor de todo Chile y también ha sido solicitado desde el extranjero. Cuenta con 1 puestos médico avanzado y 2 carpas (una para descanso y la otra para primera atención en salud y psicosocial a las víctimas).

El día 12 de abril 2014 se produce en la parte alta de Valparaíso, el incendio más grande en la historia del puerto, afectando los cerros La Cruz, Ramaditas, El Vergel, Merced, Mariposas y Las Cañas, entre otros sectores. Resultaron 3000 casas afectadas y 12.500 afectados aproximadamente. La actividad de la UNIRR se realizó alrededor de las 12:00 hrs a solicitud de ONEMI Región Metropolitana, solicitando al Centro Regulador y a SAMU Metropolitano el despliegue la Unidad hacia la comunidad afectada. El punto de encuentro fue en el Hospital Barros Luco, donde se armaron los equipos, fue cargada la logística y se trasladaron hasta el Hospital Carlos Van Buren, quedando operativa en ese lugar alrededor de las 16:00 am del día 13 de abril.

El primer día, con asentamiento en el estacionamiento del Hospital Carlos Van Buren, porque no se sabía a ciencia cierta cómo estaba la situación en las comunidades afectadas. Por tanto, estratégicamente se elaboró el Puesto de Mando desde ahí. Al segundo día, se instaló el Puesto Médico Avanzado en los cerros, en terreno, dejando las dependencias del Hospital Carlos Van Buren.

La intervención psicosocial fue desde la Estrategia Internacional de Reducción del Riesgo, tomando las etapas del Ciclo de Reducción del Riesgo y específicamente la Etapa de Respuesta, que tiene como objetivos principales: 1) salvar vidas y 2) reducir el impacto en la salud y sobre todo reducir las necesidades básicas en una situación de emergencia y desastre.

INTERVENCIÓN

Las acciones principalmente estuvieron orientadas a la **satisfacción de necesidades básicas médicas y psicosociales inmediatas**. Se estableció un **Puesto de Atención de Salud**, específicamente en Cerro Ramaditas, el cual se construyó con la comunidad. Llegando al lugar fueron identificados los presidentes de las Juntas de Vecinos y los actores locales más influyentes en la comunidad, con la finalidad de favorecer y facilitar al trabajo de nosotros. Y también para que la comunidad, a través de su gente, de sus representantes, empezara a colaborar y a confiar en el trabajo que los rescatistas estaban haciendo en ese lugar.

Fuimos a los puntos de afluencia de damnificados y voluntarios. No fuimos a “cazar” víctimas, ni a cazar pacientes. No recorrimos todos los cerros buscando a quien podíamos atender. Sino que, estratégicamente, nos fuimos a los puntos de afluencia de damnificados que era la Junta de Vecinos. Nos habilitaron una casa y era bastante significativo para las personas que residían ahí. Por tanto, todos ya sabían dónde estábamos ubicados y donde la ayuda podía ser solicitada.

También se trató de mencionar el **decálogo de prensa** de SOCHPED y el Colegio de Psicólogos de Chile; “se trató”, porque los canales de televisión y profesionales de prensa, eran bastante reacios a orientarse por ese decálogo. Ellos tenían un enfoque distinto de lo que era la emergencia y ayudar a los afectados.

También fue muy importante el trabajo que logramos hacer con las otras instituciones. Con Carabineros, con personal médico y de salud, porque todos teníamos un mismo objetivo: Tratar de satisfacer las necesidades básicas de las personas y tratar de evitar la segunda agresión.

El tercer día, tuvimos asentamiento en Cerro La Cruz, en una cancha donde la Gobernación estaba organizando la ayuda que se estaba presentando. Compartimos junto al Ejército, a la Gobernación, a Consultorios locales y ese era el Centro de Operaciones de ese sector.

Nuestra intervención estaba asociada al Modelo Ecológico, considerando el Microsistema (núcleo familiar) Mesosistema (familia -amigos) y Exosistema (familia extensa – comunidad - líder comunitario). Tratando de interiorizarnos en cómo era la vida de estas personas, de acuerdo a su cultura, valores y proyectos de vida. Y como eso se relacionaba con los amigos o los vecinos, cómo estas historias individuales o a nivel de familia tenían algo en común con las otras personas con quienes compartían el mismo territorio. Y también, cómo en esa situación de emergencia, la familia extensa, la comunidad y el líder comunitario tenían influencia. Era algo circular. Se realizó involucrando al sujeto, a su red más cercana y también a la comunidad donde él estaba inmerso.

Solicitud de Atención:

El número total de atenciones fue 204, de los cuales 102 fueron hombres y 102 mujeres. De las atenciones, 20 fueron menores de 14 años y 8 fueron atenciones psicológicas propiamente tal, generalmente asociadas a síntomas ansiosos, que no tenían hallazgos patológicos de base. Por ejemplo, no eran infecciones, sino dolores estomacales más asociados a angustia, ansiedad, a re experimentar la experiencia cuando pasaban los helicópteros, o cuando muchas veces se hacía correr el rumor de que había un nuevo brote de fuego. La gente se empezaba a acelerar y eso se notaba fácilmente en el ambiente.

Realizamos algunas intervenciones en domicilio. La gente se acercaba al Puesto Médico Avanzado y no solicitaban ir a ver personas postradas, en casas que no estaban tan afectadas. El hecho de que nosotros pudiéramos acercarnos hacia la gente y no ellos hacia nosotros, era algo que agradecían bastante. Le hacía muy bien a una persona que está damnificada, que perdió su casa, que está en un contexto de riesgo, el hecho de que alguien pudiera facilitarle las cosas. De alguna manera, disminuye mucho más sus preocupaciones.

Tuvimos la visita de la Presidenta de la República en el Puesto Médico Avanzado, donde los médicos interventores Dr. Julio Barrieto y Dr. Fernando Zapata que estaban a cargo de la UNIRR, dieron cuenta del trabajo que se estaba realizando, cuáles eran los objetivos principales y cuáles eran nuestras proyecciones en ese lugar. Estuvimos 1 semana desplazados con autonomía 100%, por tanto, se rindió cuenta a la autoridad administrativa correspondiente.

Sintomatología:

Los hallazgos sintomatológicos que pudimos dar cuenta en las atenciones o en los requerimientos de atención, fueron principalmente los siguientes:

-
- **Llanto.**
 - **Incredulidad de lo que había pasado.**
 - **Confusión.** Las personas no sabían que hacer o donde buscar ayuda, por ejemplo, donde tenían que ir a renovar su carnet de identidad.
 - **Rabia.** Porque era la segunda vez que ocurría.
 - **Angustia.** Sensación de tener un nudo en la garganta y no saber qué hacer.
 - **Presión torácica.**
 - **Dolores abdominales.** Algunos infecciosos y otros ansiosos sin hallazgo médico de base.
 - **Sudoración excesiva.**
 - **Dificultad para dormir o para conciliar el sueño** (recuerdos del evento).
 - **Sobreexcitación.** Pasaban los helicópteros y nuevamente estaban en estado de alerta y consultaban si había un nuevo brote de fuego o si las Unidades estaban trabajando.
 - **Alteración de la autopercepción:** Esto llama mucho la atención, por ejemplo: “*Me siento sucio*”. Las personas comenzaron a tener una percepción distinta de ellos mismos, se sentían culpables por andar con la misma ropa 3 o 4 días, por no tener, por ejemplo, donde lavarse las manos antes de comer.
 - **Percepción de maltrato de voluntarios.** “Tirar ayuda”. La gente llegaba muy angustiada al Puesto Médico porque, de alguna forma, algunos voluntarios hacían un tipo de ayuda un poco vertical. En la noche, como no había luz, les tiraban los paquetes de comida y las cajas con ropa. Entonces, los damnificados tenían una percepción de maltrato frente a este “mar de voluntarios” y algunos “turistas” que también fueron a esos sectores.

Las intervenciones que a nivel psicosocial se pudieron realizar, estuvieron centradas en la **normalización de síntomas**, en las reacciones “normales” ante un evento “anormal”. La gente tenía mucho miedo a estas cosas que les estaban pasando: No sabían porque tenían ganas de vomitar todo el día, tenían dolores de estómago todo el día. Entonces, se hizo una normalización, una psicoeducación respecto a que, frente a un evento tan devastador, era esperable que surgieran estos síntomas después.

Facilitación del proceso adaptativo al evento, mediante psicoeducación. Orientarlos respecto a donde tenían que ir a solicitar la ayuda, ayudarlos con lo administrativo, donde estaban vacunando; el mapa de por donde se tenían que mover.

Otorgarles un sentido de continuidad al proyecto de vida. Algunas personas pensaban que su vida había llegado había llegado hasta ahí, lo cual es comprensible porque hay una carga emocional y valórica bastante fuerte. Por ejemplo: “*Se quemó la casa que era de mi abuelo, que heredé de mi mamá*”. O bien, tenía joyas que había heredado. Y todo

asociado a cosas materiales, pero que tenían mucha carga valórica y emocional. Dar lugar a una continuidad del proyecto de vida los movilizaba ante su propia crisis.

En cuanto a los **intervenientes**, se trabajó desde la Terapia Sistémica a través de las Narrativas. Hacíamos reuniones día por medio para simbolizar y significar la experiencia. ¿Por qué el rescatista quería estar ahí? ¿Cómo significaba la experiencia de ayudar a otro? Y la gente se motivaba bastante con eso, el poder dar un sentido a la ayuda y a postergarse por otros. Le daba coherencia sentida y aún con más ganas querían ir a ayudar al otro día. En una reunión diaria con intervenientes, también se podía hacer una catarsis, saber que nos pasó durante el día y poner en palabras las experiencias vividas. Darle un espacio en el aparato psíquico. También, algo muy importante, fue el humor, como equipo interviniente; facilita bastante las cosas y baja la tensión.

LECCIONES APRENDIDAS

Es muy importante poder capacitar a los intervenientes con nociones básicas de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). Quizás enseñar a evitar algunas palabras o frases como *“son cosas que pasan”* o bien, *“a mí también una vez me pasó”*. Darle importancia a la subjetividad de los afectados.

El trabajo integrado en las instituciones es algo muy importante que hay que fortalecer y trabajar cotidianamente. Las instituciones deben ser capaces de dejar el celo profesional por el trabajo y disponer sus capacidades para lograr el fin último, el sujeto que sufre.

Lo otro importante y básico, cuando asistimos en una situación de emergencia o desastre, es conocer y acercarnos a quienes conocen su sector. Nadie mejor que el Presidente de la Junta de Vecinos y los mismos residentes del lugar lo conocerían. Por lo tanto, considerarlos a ellos para empoderarlos, en el mismo proceso de reconstrucción y de ayuda en Primer Orden es muy importante. Y pusimos los focos en ese sentido.

Educar a la sociedad sobre las emergencias y desastres en las universidades. Este evento de Valparaíso dio cuenta del “turismo” en la emergencia. Del mal uso de recursos. Que no hubo un uso de recursos escalonado para atender a esta catástrofe. Las universidades cuentan con mucho recurso humano, están motivados, pero les falta la guía. Tal vez establecer algo como una Secretaria de Voluntariado Universitario, desde donde se puedan coordinar las acciones y constantemente capacitarlos en Primeros Auxilios Psicológicos y apoyo psicosocial, con la finalidad de poder otorgar un trabajo de buena calidad y evitar la segunda agresión.

Experiencia en Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar

Panelista: María Dolores Castro.

Resumen:

Experiencia del trabajo realizado con el Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar, específicamente antes de la emergencia. Principalmente Selección de Personal para bomberos voluntarios, con un perfil determinado de rescatistas y emergencistas. Capacitación en base a Psicología de la Emergencia, Trabajo en Equipo y respuestas antes-durante- después de la emergencia.

LOS PRIMEROS PASOS

La experiencia se inicia organizando funciones; tratando de dar una mirada organizacional, como una empresa, no un grupo que se reunía a apagar incendios. Esto incluía a un gerente a cargo de logística y proyectos y el rol del psicólogo, era organizacional. Realizando capacitaciones, Selección de Personal. Creando un área de bien estar dentro del Cuerpo de Bomberos.

Luego, este mismo trabajo se comenzó a realizar con los bomberos voluntarios, ya que se habían detectado muchos problemas en el ingreso. Los líderes observaban características que consideraban anormales o bien, que había “algo más”. Entonces se comenzó a trabajar con los bomberos nuevos que recién ingresaban y realizando un trabajo individual, en casos donde fuese requerido. Por ejemplo, al regreso de la operación en Haití, se realizó un trabajo con los bomberos de Viña del Mar que participaron; una evaluación para ver cómo habían regresado de la emergencia, incluyendo seguimiento de casos.

EL TRABAJO CON LOS BOMBEROS VOLUNTARIOS

Posteriormente, pasamos del trabajo con personal rentado a trabajar aun más con los bomberos voluntarios. Comenzó a hacer ruido el tema de la Psicología de la Emergencia. En este proceso, influyó también que Bomberos de Viña del Mar sea un Cuerpo muy especializado en temas bomberiles; de otros países y otras regiones vienen a especializarse con ellos, porque son muy buenos en lo que hacen. Sin embargo, faltaba esta área de la Psicología de la Emergencia y el manejo en crisis.

Trabajamos con todas las Compañías, recogiendo información de cómo ellos hacían una elaboración emocional cuando tenían una emergencia significativa a nivel emocional. En ocasiones, ellos se reían de algunos casos y manejaban el tema de la víctima tomando distancia de la emocionalidad; quizás para desensibilizar un poco y no involucrarse en lo que estaban haciendo. Aunque, entre todo esto, muchos de ellos (sobre todo los más jóvenes) quedaban con algunas secuelas. Por lo tanto, fue importante como Compañía que ellos pudiesen trabajar lo que pasaba, después de una emergencia.

Es así como se dieron muchos *tips* y además contaban con la posibilidad de hacer grupos de autoayuda. De reunirse después de las emergencias para poder canalizar las emociones y hacer, en algunos casos, una especie de catarsis. Fue importante poder conversar lo que les estaba pasando con su grupo.

A partir del año 2012, la labor con el Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar, se ha centrado en trabajar, específicamente, con bomberos voluntarios, más que con personal rentado. Y actualmente, se realizan intentos de capacitar a los bomberos acerca de Psicología de la Emergencia. En relación a esto, cabe señalar que en su organización interna, cuando van subiendo de rango en los niveles de especialización y requiriendo más experticia en algunas áreas, actualmente dentro de los cursos se requieren temas de Psicología de la Emergencia. Esto, debido a que ellos mismos se dieron cuenta de que era algo fundamental para trabajar, algo muy importante tanto para la unidad de la Compañía, como para que ellos se sintieran parte de un Cuerpo donde no solamente acuden para apagar un incendio, sino que están trabajando con personas y que - quieran o no - sus emociones, igual están ahí, cuando van a una emergencia.

En todo este proceso, fue posible observar que después de una operación, pasaban semanas sin dormir, con pesadillas, que habían disminuido el apetito, tenían **Flashbacks**, todo lo cual al interior de la Compañía, se veía como normal. No como rasgos de un posible Estrés Post Traumático. Apreciación que podemos observar, por ejemplo, en la frase: *“Tienes que recuperarte esto te va a pasar siempre”*. A partir de estas observaciones, parte del trabajo ha consistido en tratar de que esto no sea visto como normal. Dar a entender que requiere un tratamiento, acudir a un profesional que los guíe y seguir ciertas pautas. Con la finalidad de que, si quieren seguir realizando labores como rescatistas o bien, en el Cuerpo de Bomberos, tengan la capacidad de que aquello no haga daño emocionalmente y no generar alguna patología después. Lo anterior fue realizado, en alguna medida, con las capacitaciones que estaban destinadas no solo a entregar información, sino también a que los bomberos voluntarios reconocieran los síntomas y de este modo la posibilidad de trabajar con estos temas luego.

Entonces, el trabajo que hemos realizado es principalmente ayudar a los bomberos cuando tienen emergencias significativas y por otra parte, la Selección de Personal para bomberos voluntarios, área donde se realizan pruebas proyectivas y Test de Personalidad. En este ámbito, logramos que cada Compañía entregara un perfil que diera cuenta lo que ellos requerían, ya que el perfil de un rescatista será muy distinto de acuerdo a sus funciones; es distinto el perfil de un bombero que acude a una emergencia forestal, al perfil de un bombero que asiste emergencias químicas, etc. Lo que se requiere, como persona, para poder enfrentarse a cada situación, es distinto. Si bien existe una base similar para todos, también hay ciertos aspectos del perfil que destacan más respecto a otros, para cada área que tiene el Cuerpo de Bomberos. Sistematizar un perfil, saber que pruebas aplicar y que ingresen al Cuerpo de Bomberos personas aptas para poder presentarse ante una emergencia, es muy importante.

En relación a la Selección de Personal, en un principio, estas evaluaciones psicológicas fueron voluntarias. La Compañía interesada pedía evaluación del psicólogo. Actualmente, por el Estatuto del Cuerpo de Bomberos se ha logrado que las mencionadas evaluaciones sean para todos. Es decir, todas las Compañías tienen que pasar por filtro psicológico y también un filtro médico para poder ingresar. De este modo, también es posible saber qué aspectos trabajar en cada persona frente a una emergencia y da la posibilidad de tener una base de datos, donde podamos observar cuáles son las características de nuestros postulantes.

Junto con lo anterior, fueron realizadas visitas a las Compañías y trabajo con redes, lo cual permitió apoyar a los bomberos voluntarios en la identificación de posibles patologías post emergencia.

REFLEXIONES FINALES

Es mucho más lo que se puede hacer. Desde el área de Psicología, es mucho el campo posible de explorar trabajando en el Cuerpo de Bomberos. Asimismo, es una iniciativa para otros Cuerpos de Bomberos y Compañías que puedan necesitar el trabajo de un psicólogo y considerar la posibilidad de tener psicólogos como personal rentado. Es posible desarrollar nuestra labor en esta área que está creciendo y que tiene mucho campo. Por ejemplo, con investigaciones acerca de cuáles son las pruebas psicológicas más adecuadas para las evaluaciones y selección.

La invitación a los psicólogos es esa, a desarrollar distintos programas o interiorizarse de este mundo del trabajo con bomberos, que es muy bonito y se siente gratificación también, al poder ayudar y dar un aporte.

Psicología de la Emergencia en lo cotidiano en Carabineros de Chile

Panelistas: Patricia Bravo Ibarra & Cecilia Saffie Duery.

Resumen:

Se abordan las características de la función policial, el contexto institucional y como éste influye en el estilo de afrontamiento a las contingencias policiales, las respuestas emocionales manifestadas y el impacto en la salud de la exposición frecuente a estresores derivados del ejercicio de rol. Se presenta: El protocolo elaborado por el Equipo de Salud Mental del Servicio de Sanidad de Carabineros de Chile, con el fin de sistematizar la respuesta de Salud Mental frente a eventos críticos derivados del quehacer policial.

Contexto Institucional

El estilo de afrontamiento del personal de Carabineros a situaciones de emergencias va a estar fuertemente influenciado por variables relativas al contexto institucional y a la misión que la Constitución Política del Estado de Chile asigna a esta Institución. Esta misión se traduce en múltiples roles, dentro de lo que destaca el rol de Control de Orden Público y el rol de Solidaridad Social.

El ordenamiento jerárquico, la disciplina, una identidad profesional construida en torno al Servicio Público serán los sellos que caracterizarán la forma de actuar y la respuesta a situaciones de emergencias del personal de Carabineros, pero también serán factores que mediarán en la respuesta emocional manifestada. Específicamente la capacidad de los funcionarios para reconocer, procesar y tomar medidas de resguardo emocional frente al impacto de la exposición frecuente a eventos críticos.

Por ser una institución de Servicio Público, de alta visibilidad son muchas las expectativas asociadas al ejercicio de rol: prontitud en la respuesta, credibilidad, cortesía y espíritu de sacrificio entre otras.

Lo anterior, sumado a los estresores derivados de la tarea, la exposición a riesgos, el sistema de turnos, jornadas extensas de trabajo, el estar sujeto a escrutinio público, va generando sobrecarga emocional y tensión interna en sus integrantes, estados que con frecuencia quedan invisibilizados a partir de la normalización : “esta pega es así”.

Surge la pregunta: ¿Cómo impacta en la Salud de los Carabineros el desempeño de su rol y qué acciones serán posibles de desarrollar para conservar su aptitud para el servicio policial?

Con el fin de tener una primera aproximación al impacto en la salud derivado del trabajo desarrollado por personal en servicio activo, se revisaron las estadísticas relativas a los días de licencias médicas presentados por este personal entre el 2012 y el 2013.

Al revisar los diagnósticos que generaron mayor número de días de licencias médicas en el período señalado (2012-2013), es posible apreciar que los relativos a la categoría Trastornos de Salud Mental como Trastorno de Ansiedad, Trastornos Depresivos y Trastorno de Adaptación, dan cuenta aproximadamente de un 9% de los días de licencia presentados.

El diagnóstico de Lumbago No Especificado por sí sólo dio cuenta de casi 5% de los días de licencia médica presentada en ese período, siendo el diagnóstico que se ubicó en el primer lugar como motivo de licencia médica y pudieran ser atribuibles a factores tensionales asociados a la tarea desempeñada.

A partir de estos datos pareció relevante revisar qué pasaba con la Salud en otras Policías, específicamente cómo se respondía al estrés en otros colectivos policiales. Milla S. Sanz B., Apellaniz G. y Pascual I, (2001) en su artículo “Policía y Estrés Laboral: Estresores organizativos como morbilidad psiquiátrica” hacen mención a estudios anglosajones dirigido a colectivos policiales con seguimiento a 25 años, en los que se advierte que en comparación con otras profesiones, en los colectivos policiales se da una mayor prevalencia de Ansiedad y Depresión, mayor ocurrencia de suicidio, aumento del consumo de alcohol y mayor tasa de problemas familiares y divorcio.

Surge la inquietud respecto de ¿Qué pasa con la persona del Carabinero? ¿Cómo afecta su salud, esta exposición frecuente a estresores derivados de la tarea? ¿Será que desarrollan mayor tolerancia a eventos críticos? ¿Será posible implementar acciones para prevenir el impacto en su Salud Mental?

A partir de estas reflexiones, se planteó la necesidad de desarrollar un Protocolo de Intervención frente a incidentes críticos que afectan al personal en el ejercicio de su rol. Enmarcado en la idea del “cuidado del cuidador” resultaba relevante generar un protocolo que sistematizara las acciones a desarrollar por los profesionales de Salud Mental y contribuyera con ello, a mitigar en el personal el impacto de estos incidentes y prevenir el desgaste profesional.

PROTOCOLO DE RESPUESTA PSICOLÓGICA EN CARABINEROS

Objetivo

Sistematizar la respuesta de Salud Mental frente a eventos críticos derivados del quehacer policial a fin de otorgar una intervención psicológica oportuna y coordinada frente a contingencias policiales de alto impacto.

Intervención Psicológica

La intervención busca:

- Favorecer la expresión y procesamiento de emociones activadas por el Incidente Crítico.
- Detectar personal que requiere contención farmacológica y/o apoyo terapéutico más específico.
- Prevenir el Estrés Post Traumático.
- Mitigar el desgaste profesional.

Situaciones activadoras de Intervención

Se establecieron como **Contingencias Policiales de Alto Impacto**, las siguientes situaciones:

- Fallecimiento de colega en Actos del Servicio.
- Procedimientos con lesión grave, amenaza para la integridad física propia y/o de los compañeros.
- Intento de suicidio y/o suicidio consumado por funcionario.
- Procedimientos con alto impacto para la imagen pública de la unidad y/o la moral de trabajo.

Al diseñar la intervención es necesario tener presente:

- Cada incidente tiene particularidades específicas.
- La forma de trabajo debe ser flexible y adecuarse al número de afectados, el nivel de impacto y las necesidades expresadas/detectadas.
- Idealmente sea efectuada en el lugar de trabajo de los afectados y con grupos pequeños (de 10 a 15 funcionarios).
- Pueda requerirse una instancia de atención individual.
- Es deseable que la intervención sea efectuada por un equipo profesional.

Si bien la Institución otorgaba con anterioridad apoyo psicosocial al Personal que se veía enfrentado a eventos críticos, a partir de la puesta en marcha de este Protocolo se ha posibilitado una respuesta de los equipos de Salud Mental más sistemática y coordinada, evitando duplicidad de acciones, permitiendo un mejor aprovechamiento de los recursos humanos disponibles.

Reflexiones finales

Al finalizar esta presentación, surge como reflexión si será posible proporcionar al personal operativo alguna forma de blindaje o resguardo psicológico, que permita mitigar el impacto emocional de la exposición a este tipo de eventos, dado que por las características de la función policial, el Carabinero se verá enfrentado, en mayor o menor medida, a incidentes críticos a lo largo toda su carrera.

A partir de lo anterior cobra relevancia:

- Seguir desarrollando conciencia de la necesidad de resguardo psicológico para el personal.
- Entrenar y fortalecer recursos de afrontamiento a situaciones críticas en el personal, tanto a nivel individual como de equipo.
- Identificar y potenciar factores protectores de la Institución.
- Tener presente la necesidad de prevenir burnout en los profesionales que participan en el proceso de intervención.

Investigar acerca de crecimiento post traumático en el personal, como resultado de estas experiencias.

Programa de Apoyo ante Eventos Críticos (PAEC)

Mutual Asesorías S.A.

Panelista: Consuelo Prado Olavarría

Resumen:

Programa de Apoyo ante Eventos Críticos (PAEC) de Mutual Asesorías S.A. Capacitación, entrenamiento, asesoría técnico-estratégica y acompañamiento grupal para fortalecer las respuestas de los colaboradores frente a incidentes críticos ocurridos en el ámbito laboral. Se presentan: Los servicios e intervención del programa PAEC, grupo objetivo de intervención, experiencia a la fecha y conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Mutual de Seguridad CChC, fue creada en 1966 por la Cámara Chilena de la Construcción, al ver la difícil situación que vivían los trabajadores y su grupo familiar al sufrir un infortunio del trabajo con el consiguiente costo social y económico para el país. Posteriormente, el 14 de febrero de 1968 se dicta la Ley 16.744 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con carácter de obligatorio y con los beneficios estipulados claramente.

La misión de Mutual de Seguridad CChC, es agregar valor a las empresas y sus trabajadores, entregando protección ante riesgos laborales, promoviendo ambientes de trabajo seguro, calidad de vida a las personas y fomentando una cultura de seguridad y vida sana en la comunidad.

El servicio que Mutual de Seguridad Asesorías S.A. entrega, como filial de Mutual de Seguridad, a través del programa PAEC, es una oferta de valor que ofrece apoyar el fortalecimiento y consolidación de la red de asistencia humanitaria o equipo de emergencia frente a un accidente, para lo cual se realiza una alianza estratégica entre Mutual Asesorías S.A. y Mutual de Seguridad. Esto se lleva a cabo dando a conocer estrategias psicológicas que faciliten procesos de afrontamiento adecuados ante la ocurrencia de incidentes críticos, contribuyendo a la continuidad operacional.

PROGRAMA DE APOYO ANTE EVENTOS CRÍTICOS (PAEC)

El objetivo del Programa de Apoyo ante Eventos Críticos es apoyar y fortalecer las respuestas de los colaboradores frente a incidentes críticos ocurridos en el ámbito laboral, de modo de promover tanto la salud en los puestos de trabajo como la continuidad operacional en las organizaciones. Desarrollar y ejecutar programas de capacitación en Intervención en Crisis y promoción de estrategias de autocuidado en los trabajadores que conformen esta red o equipo frente a un accidente.

Servicios

Los servicios que entrega el Programa de Apoyo ante Eventos Críticos, incluyen capacitación y entrenamiento, asesoría y acompañamiento grupal:

- **Capacitación y entrenamiento** en estrategias psicológicas que faciliten en las personas procesos de afrontamiento adecuados ante la ocurrencia de incidentes críticos.
- **Asesoría técnico-estratégica**, con una mirada puesta en los procesos que permiten la continuidad del negocio ante la ocurrencia de una emergencia, a través de protocolos de intervención para el antes, durante y después de un evento crítico.
- **Acompañamiento grupal** en el proceso de reinserción laboral en equipos intervinientes, posterior a la ocurrencia de un incidente crítico.

La intervención se realiza diferenciando 3 momentos: ANTES de la intervención, se realizan talleres y sensibilización; DURANTE, asesoría e Intervención en Crisis; y DESPUÉS de la intervención, acompañamiento en la reinserción laboral.

El **grupo objetivo de intervención** hacia donde se orienta el Programa de Apoyo ante Eventos Críticos, ha sido delimitado por la taxonomía de víctimas psicosociales de un desastre (Taylor y Frazer, 1982)¹. De acuerdo a ello, el grupo objetivo de intervención incluye una jerarquización de 6 niveles de víctimas. Estas son:

- Nivel 1. Los directamente afectados.
- Nivel 2. Familiares directos de los anteriores.
- Nivel 3. Integrantes de equipos primera respuesta.
- Nivel 4. Comunidad envuelta en el desastre.

¹ *Taxonomía de las víctimas psicosociales de un desastre: Taylor y Frazer, 1982*

-
- Nivel 5. Conocen el suceso (Medios de Comunicación Masiva).
 - Nivel 6. Aquellos que podrían haber sido víctimas de nivel 1.

El Equipo de Programa de Apoyo ante Eventos Críticos, está conformado por Psicólogos Emergencistas, Terapeutas EMDR, Actores, Expertos en Continuidad Operacional y Periodistas, entre otros profesionales. En este contexto, el rol del psicólogo es:

- Asesor en protocolos de intervención para enfrentar emergencias y facilitar la continuidad operacional.
- Formador en conocimientos técnicos.
- Facilitador de procesos, dada la metodología que fomenta el aprendizaje experiencial.
- Soporte, asistencia y normalización.

Experiencia y Cobertura

Actualmente, el cliente de mayor envergadura es LAN Airlines, por lo que los alcances de la labor realizada son a nivel nacional e internacional.

A la fecha, el Programa de Apoyo ante Eventos Críticos ha capacitado a 3.151 personas, mediante la ejecución de 170 cursos, tanto a nivel nacional como internacional. En Chile, 2.001 personas han sido capacitadas con 118 cursos realizados a través de este programa. En el extranjero, PAEC ha capacitado a 1.150 personas, a través de 52 cursos realizados en distintos países, entre los cuales se encuentran EEUU, México, España, República Dominicana, Paraguay, Ecuador, Perú y Argentina, entre otros.

CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado con el Programa de Apoyo ante Eventos Críticos (PAEC) es posible destacar la relevancia de prevenir una segunda agresión, a través del desarrollo de herramientas y habilidades. Fortalecer el rol del psicólogo en la promoción de la salud en los puestos de trabajo, ayudará a los colaboradores a estar preparados para enfrentar una emergencia; facilitando la continuidad operacional en las organizaciones y permitiendo un mejor desarrollo profesional y personal de los mismos.

Unidad de Intervención en Crisis UIC

Asociación Chilena de Seguridad ACHS

Panelista: Carlos Raúl Grüttner Ramírez.

Resumen:

Experiencia del Programa Intervención Psicológica en Crisis del Departamento CIEL, Unidad de Intervención en Crisis (UIC) de la Asociación Chilena de Seguridad. Asistencia psicológica de urgencia en accidentes laborales y situaciones de crisis. Se presenta: Objetivo y propósito de la UIC, modo de intervención, beneficios del programa, flujograma y cobertura.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Chilena de Seguridad es una mutualidad privada sin fines de lucro, administradora del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales contemplado en la Ley 16.744. Este marco regulatorio indica las prestaciones que ofrece ACHS a sus empresas y que se expresan en tres niveles: 1) Prestaciones de Prevención, 2) Prestaciones de Salud, 3) Prestaciones Económicas (subsidios, indemnizaciones y pensiones) derivadas de la pérdida de capacidad de ganancia sufrida por los trabajadores a causa o con ocasión de siniestros laborales.

El Programa Intervención Psicológica en Crisis, desde su creación en el año 2007 ha prestado apoyo a diversas empresas, brindando atenciones diferentes a las realizadas hasta aquel momento en las mutuales y en relación a una nueva Ley de Responsabilidad Psicolaboral. Esta unidad se crea para brindar asistencia psicológica de emergencia a víctimas de eventos traumáticos o catástrofes. Una atención preventiva, con el fin de evitar el surgimiento de enfermedades profesionales asociadas con estos eventos.

PROGRAMA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS

Objetivo del Programa

Dar una respuesta preventiva, no asistencialista, a síntomas de Estrés Agudo que puedan producirse en los trabajadores después de una situación de crisis.

Propósito

Atender solicitudes de intervención psicológica para las personas afectadas que requieran **atención psicológica inmediata**, producto de una situación de crisis, en el lugar de trabajo.

Modo de Intervención

La UIC realiza atención psicológica inmediata en el lugar de trabajo. Como antecedente, es posible señalar que cuando se inicia el Programa Intervención Psicológica en Crisis, en el transcurso de las primeras intervenciones se observó que el Protocolo preestablecido, no siempre coincidía con la problemática con la cual se encontraban los profesionales en terreno. De modo que a la intervención, se suma psicoeducación respecto al autocuidado, creando de este modo una cultura de Intervención en Crisis.

El equipo de la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) está compuesto por 6 psicólogos, quienes trabajan coordinados con operadores telefónicos de una Sala de Seguridad.

Algunas de las técnicas y estrategias actualmente aplicadas son:

- Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).
- Psicoeducación y normalización de síntomas.
- Autocuidado.
- Técnicas de Mitigación de Estrés.

Beneficios del Programa

La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) funciona con sus asociados. Por lo tanto, los beneficios del Programa Intervención Psicológica en Crisis no son exclusivamente para las personas, sino también para las organizaciones. Cabe señalar, que a partir de la aplicación de este modelo de intervención, han disminuido

significativamente (casi en un 90%) la cantidad de licencias médicas y también el ausentismo laboral. En muchos casos, cuando no se realizaba la asistencia, las personas acudían a la Agencia ACHS y luego eran derivados a Salud Mental. En este escenario, considerando que las horas de atención tienen en general, un plazo de 15 a 30 días, las personas debían mantener sus licencias aproximadamente durante 30 días, con todas las implicancias asociadas al retorno a la normalidad después de un evento crítico.

Con el desarrollo de este Programa, hemos logrado detener la cronificación, en la medida en que ayudamos a la comprensión de las reacciones esperables y no esperables frente a este tipo de situaciones. Promoviendo de este modo la posibilidad de retomar la rutina y con ello, disminuir el ausentismo laboral y cantidades de las licencias. También, ha sido posible observar un mejoramiento en la confianza de los trabajadores con respecto a la organización, en relación a la sensación de protección desde la empresa al trabajador.

En síntesis, los beneficios del Programa de Intervención Psicológica en Crisis de la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) son:

Beneficios para las personas:

- Disminución de la afectación psicológica a mediano y largo plazo. Esto, en base a la normalización de síntomas, aumentando la confianza, las estrategias de afrontamiento frente a las crisis y la adaptación de las personas a su entorno laboral.
- Aumento de autoconfianza en el enfrentamiento de la crisis.
- Rápida recuperación en el retorno a la vida cotidiana.

Beneficios para las empresas:

- Menor cantidad de licencias y ausentismo post evento traumático.
- Mejoramiento del clima y la confianza en los trabajadores respecto a la organización.
- Aumento de recursos y fortalezas frente a situaciones críticas.

Flujograma actual

La UIC se organiza del siguiente modo. Existe un número nacional de emergencias ACHS, el número 1404. Cuando ocurre un evento, la empresa llama a este número y es atendido por los operadores de la Sala de Seguridad, quienes se comunican inmediatamente con el psicólogo UIC de turno y se coordina la asistencia en terreno.

El contacto directo con UIC, es a través de Magdalena Pintos R., Jefe Operaciones del Depto. CIEL- ACHS.

Cobertura

La UIC realiza actualmente de 35 a 70 asistencias mensuales en promedio. Los eventos a los que da cobertura son:

- Asalto a local o sucursal.
- Muerte trabajador.
- Suicidio.
- Accidente masivo.
- Personal expuesto a agresiones físicas.
- Personal expuesto a accidentes.
- Personal que presta asistencia en caso de accidentes.

La UIC tiene **cobertura** en la Región Metropolitana y en ciudades donde exista un centro CIEL. El horario de atención es de lunes a domingo entre las 8:00 a 00:00 horas.

El **tiempo de respuesta** desde el momento en que es solicitada la intervención es de 4 horas en la Región Metropolitana y 2 horas en otras Regiones de país.

En nuestra experiencia, algunos eventos donde ha intervenido UIC incluyen el accidente por caída de avioneta sobre espacio habitado en la comuna de Peñalolén en Santiago (2008) y accidente de empresa Tur Bus.

Exploración de las Neurocompetencias de Personal de Emergencias

Panelista: Alfredo Sherrington Rodríguez

Resumen:

Evaluaciones neuropsicológicas experimentales, con personal de emergencias, para la construcción de neuroperfiles de sus capacidades psicológicas y neurolaborales. Se presenta: Datos obtenidos en relación a control de impulsos en las emergencias, funciones ejecutivas del cerebro al activarse la emergencia y Placer/Rechazo ante la emergencia. En un modelo de Neuroseguridad y Neuroentrenamiento.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la aparición de la Neuroeconomía y su aplicación a diferentes áreas, no ha dejado de lado la seguridad, emergencias y salud ocupacional. Frente a esto, se están realizando evaluaciones neuropsicológicas, dentro de lo experimental, con personas que realizan labores en organizaciones de emergencias y poder así construir un neuroperfil de sus capacidades psicológicas y neurolaborales.

Los datos preliminares muestran cómo funciona el cerebro de las personas de emergencia y de un grupo control de personas que no tienen relación con este tipo de labores. Las áreas de Neuroseguridad y Neuroentrenamiento pueden favorecer el desarrollo y potenciamiento de los emergencistas.

NEUROCOMPETENCIAS

Neurocompetencias es un tema que puede complementar a la Psicología. En general, hace algunos años interpretábamos las situaciones con Test, con resultados a veces no conocidos.

Neuroeconomía se refiere a cómo obtener la mayor utilidad con los recursos que se tienen. La Neuroeconomía complementó los avances de la Psicología Económica, con la Neurociencia que refiere a cómo funciona el cerebro para toma ciertas decisiones. En este proceso, lograron desarrollar 2 conceptos: Utilidad y beneficio. La utilidad, es aquello que matemáticamente, lógicamente y sin ninguna emoción debería uno elegir. En cambio,

el beneficio, está dado por aspectos irracionales, emocionales y que claramente, no calzaban con el modelo económico tradicional.

Por ejemplo. Hace algunos años, acá en Chile cuando teníamos que usar el cinturón de seguridad, salió la Ley que indicaba que este debía ser de 3 puntos. ¿Qué sucedió? se vendían poleras con los cinturones de seguridad impresos, de modo que si veían el auto desde lejos, creyeran que íbamos con el cinturón de 3 puntos. Si vemos esto desde la Psicología de la Emergencia, desde el comportamiento seguro, nos podemos preguntar ¿Qué es lo que hace que uno gaste recursos (dinero, tiempo) para intentar, no ser seguro y en algunos casos, quedar con un daño mayor en calidad de vida o incluso la muerte? Esto es importante ya que, una de las pruebas que se hacían en Neuroeconomía, tenía que ver precisamente con cómo uno tomaba aquella decisión: Cómo elijo ser inseguro.

En teoría, desde el punto de vista del modelo económico tradicional, desde la economía lógica racional, debiéramos optar por la mayor utilidad. Pero en la práctica, somos seres humanos y elegimos - afortunadamente - no por la utilidad. Elegimos por el beneficio.

DATOS PRELIMINARES

Las competencias (habilidades, conocimientos o destrezas para cumplir una función o tarea) para desempeñarse bien, es un correlato a nivel neurobiológico. Es decir, que lo que nosotros decidimos emocional y racionalmente tiene un correlato en ciertas zonas de nuestro cerebro.

Ahora bien. Existe una tecnología que mide la actividad cerebral y cuenta con un software capaz de determinar los niveles de angustia, de estímulos de dolor y buscar patrones cerebrales para ciertas actividades. ¿Cuáles son los patrones cerebrales en aquellas personas que trabajamos en emergencias y desastres?

Placer/Rechazo ante la emergencia y control de impulsos

En las personas que trabajan en emergencias, el nivel de **goce por trabajar en emergencias** es muy alto. Incluso sienten cierto “bien estar”, cuando se inicia la emergencia. Interés, gusto, curiosidad acerca de la emergencia y su contexto situacional. Sienten bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia la emergencia, al observarla o al participar en esta. La única diferencia que hemos visto en personas de distintas áreas de emergencia, es que aquellas son capaces de controlar el impulso. Por ejemplo, de provocar un incendio (piromanía). La persona que es segura, es capaz de controlar el impulso. En el caso de la persona insegura, en las zonas cerebrales no se activa el lóbulo prefrontal, que es el lóbulo que tiene que ver con la normativa.

Por otra parte, hemos observado que las personas no insertas en el área de emergencia, frente a imágenes que contienen situaciones que pueden llegar a ser consideradas traumáticas, para el 80% de los casos su cerebro reacciona emocionalmente. En cambio, aquellas personas que llevan algún tiempo trabajando en emergencias, solamente reaccionaba el 20% y además, no reaccionaban a las imágenes de desastres.

En general, una de las características que hemos visto en personal de emergencias y también en área de Salud Ocupacional, es que presentaban altos niveles de **despersonalización**. La despersonalización, es comprendida como aquella respuesta reactiva ante un estresor, para amortiguar el impacto y/o posibilitar la elección. A veces, en tiempos infinitesimales de decisiones, lo más asertivas para el caso. Está relacionada con un Sentido de Realidad óptimo y con el distanciamiento o con ser un observador externo, de los propios procesos mentales o los de otros.

En personal de emergencia, un alto nivel de despersonalización, por una parte, puede ser bueno. Puede ser una respuesta reactiva menos emocional para poder trabajar en la emergencia. El problema de aquello es que, al parecer, se van acostumbrando a “no sentir”. Razón por la cual, no se recomienda para el personal de emergencia trabajar con sus familiares, ya que pueden verse afectados por estos procesos.

Otros estudios, señalan que las personas que trabajan en emergencias, alrededor de los 5 años de trabajo, suelen preentar también ciertos **problemas afectivos - familiares**.

Siguiendo con nuestro análisis, podemos observar que frente a la decisión de optar por una **opción segura respecto a una opción insegura**. En el 83% de los casos las personas eligen la opción segura. Esto es importante debido lo siguiente: Uno podría pensar que a las personas que trabajan en situaciones de riesgo, en realidad... les gusta el riesgo. Y sin embargo, a partir de los estudios realizados, nos hemos dado cuenta de que, al contrario, ellos eligen fundamentalmente, las opciones seguras. Y para el mismo grupo, frente a las posibilidades de **ganar o perder**, eligen no perder. Lo anterior, asume especial importancia en los procesos de entrenamiento y Selección de Personal. En la estructura profesional de alguien que se verá enfrentado a emergencias, esta capacidad de actuar en situaciones de riesgo, pero en forma segura, es fundamental. Dado que el costo en una situación de riesgo, puede ser vital para Sí Mismo, para el grupo o bien para las posibles víctimas que están en ese lugar.

Funciones ejecutivas del cerebro al activarse la emergencia

Otro aspecto importante es que en sus funciones de **memoria operativa**, ellos preferían prevenir las situaciones riesgosas y en segundo lugar, aprender lo que era correcto. Es decir, primero prevengo y después veo la optimización.

También, la **flexibilidad mental** en su zona cerebral. Es decir, la flexibilidad de haber aprendido de situaciones y ser capaz luego de extrapolarlas a muchos otros escenarios diferentes. Y en algunas situaciones, incluso trabajar con equipos diferentes y aun así, lograr el objetivo. Cabe señalar, que para los profesionales que nos dedicamos a Psicología de la Emergencia, lograr que los Equipos de Trabajo logren cumplir su desempeño en escenarios diferentes y con Equipos de Trabajo diferentes, es uno de nuestros desafíos. Y no solo en emergencias.

PROGRAMAS DE NEUROENTRENAMIENTO

Actualmente, estamos desarrollando Programas de Neuroentrenamiento con funciones ejecutivas, toma de decisiones y motivación. Algunas de las neurocompetencias que estamos trabajando actualmente, son las siguientes:

- Comparación.
- Acomodo.
- Descarte.
- Evitación/Bloqueo.

REFLEXIONES FINALES

Tanto la integración como la capacidad de trabajo colaborativo que tienen las personas que trabajan en emergencias y solo en bomberos, pueden llegar a ser muy críticas. Nosotros, como psicólogos, debieramos ser capaces de intervenir, en esos momentos. Por ejemplo, frente a sentir la pérdida de un compañero.

La invitación es a incorporar dentro de la Psicología ciertos datos, considerando que es un buen desafío contar con dato objetivos y conjugarlos con la Psicología. Debido a que también responde a un lenguaje social en el cual, de alguna manera, lograr salvar vidas en nuestro país y lograr que la gente actúe bien en las emergencias, no son solo las ganas, son un deber que tenemos aquellos psicólogos que trabajamos en emergencias y desastres.

Recomendaciones para la evacuación ante un escenario real de terremoto/tsunami en la ciudad de Iquique

Investigadores: Andrea Vásquez MSc., Paula Repetto PhD.,
Margarita Bernalles PhD., Dr. Rodrigo Figueroa MD
Panelista: Andrea Vásquez González.

Resumen:

Estudio realizado por el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN) en el Simulacro de terremoto y tsunami realizado en la ciudad de Iquique en agosto del año 2013, con el objetivo describir los factores que inciden en el proceso de evacuación de un grupo de habitantes de la misma ciudad. Se presenta: Antecedentes, pregunta de investigación, objetivos, metodología, resultados y conclusiones.

ANTECEDENTES

El Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN) asume una mirada interdisciplinaria respecto a lo que está pasando con los Desastres Naturales y cómo podemos reducir la vulnerabilidad de las personas frente a este tipo de eventos.

La recopilación de datos del estudio “Recomendaciones para la evacuación ante un escenario real de terremoto/tsunami en la ciudad de Iquique” fue realizada en agosto del 2013, cuando se llevó a cabo en la Región de Tarapacá, un Simulacro donde participaron 76.000 personas. Posteriormente, el día 1 de abril del 2014 hubo en la ciudad de Iquique un terremoto 8,2 Mw. Donde evacuaron 80.000 personas.

La literatura nos dice que los Simulacros sirven para habituar esta conducta de evacuación. No es ser menor, lo predictivo que es el número respecto al escenario real ya que, antes del día 1 de abril del 2014, hubo una seguidilla de temblores previos que género una alerta preventiva el domingo 16 de marzo. Un temblor 6,7 Mw. y evacuaron 80.000 personas.

El principal problema detectado, fue uso del automóvil durante la evacuación. Esto plantea una oportunidad y una necesidad importante, en el sentido de que si colapsan las vías de evacuación (que son las conocidas por las personas) nos veremos necesariamente obligados, a buscar nuevas vías de evacuación, no conocidas por todos necesariamente.

Finalmente, hay una réplica el día 02 de Abril del 2014, que fue también considerada como un terremoto de 7.8 grados. En aquel momento, evacuaron 91.000 personas. Al respecto cabe señalar, que la población de Iquique (de acuerdo al censo 2012) al año 2012 son 180.601 personas. Sin embargo, en la misma ciudad, tenemos una población flotante de turistas, donde el mes con menos turistas arroja un número de 200.000 personas, quienes son una población, no necesariamente proveniente del Cono Sur (Latinoamérica) que puede por tanto, presentar una dificultad idiomática, donde no tengamos estandarizada toda la señalética. Entonces, nos enfrentamos a esta población de 200.000 personas, sumada a los 180.000 iniciales y por otra parte, 500.000 turistas en el mes con más afluencia (enero). Es decir, no podemos considerar un Plan de Emergencia, que está acotado solo a la población residente. Tenemos que expandir eso de alguna manera.

Está reglamentado por literatura internacional, que en Iquique, toda la zona de seguridad queda sobre la cota 30 mts. Pero si ese tsunami llegara a ocurrir, prácticamente la mitad de Iquique queda bajo el agua. Es muy importante para la gente saber dónde tiene que ir y cómo se enfrenta a una eventualidad como esa.

Para un escenario modelado para la cota 30 mts., 89.000 personas que residen permanentemente en Iquique deberían evacuar. Calculado en base al censo 2012. Sumado a eso, los turistas que van a Iquique en el mes más bajo, si el terremoto y tsunami fuera el mes de junio, tendrían que evacuar aproximadamente 280.000 personas, considerando que la industria hotelera se concentra de preferencia con vista al mar. De esto surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo podemos estar mejor preparados ante un evento terremoto-tsunami y que factores debemos considerar para esta preparación?

OBJETIVO

Describir los factores que inciden en el proceso de evacuación de un grupo de habitantes de la ciudad de Iquique.

METODOLOGÍA

Aplicación de 2 instrumentos el día del simulacro del 08 de agosto del año 2013. Primero, una encuesta a 230 personas que participaron en el Simulacro. Y entrevistas semiestructuradas a 60 personas que, además de participar en el Simulacro, vivieron el terremoto del año 2005. Para evaluar también cuál es su Percepción de Riesgo y si tienen o no un plan familiar respecto a este tema.

Los análisis de los instrumentos se hicieron a través de SPSS. Además, encuestas y entrevistas fueron analizadas a través de software en vivo, para poder rescatar la metodología más cualitativa.

El mapa fue entregado a la población el día 08 de agosto del 2013. El ejercicio en sí mismo, consistió en llegar al punto de encuentro donde podían tener asistencia.

Descripción de instrumentos

Los ítems que se recopilaron en la encuesta, fueron a través de:

- Si las personas conocían el Simulacro.
- Si habían escuchado las alarmas.
- Información sobre Rutas.
- Información usada para evacuar, cómo evacuó.
- Problemas durante la evacuación.
- Posibilidad de ocurrencia de un evento real.
- Planes de Emergencia.
- Confianza en autoridades. Este punto, fue crucial para las conclusiones de este estudio; la confianza en las autoridades y en qué tipo de autoridades.

RESULTADOS

Un 64% conoce las calles por donde tiene que evacuar. Un 64% no vio la señalética durante el ejercicio de evacuación. Y un 55% señala que no sirven. Esto, sumado al dato de que no hay una señalética única para mostrar zonas de amenaza y de inundación. En Iquique, caminando hacia el mar es posible encontrarnos con una zona de amenaza y tener que regresar. Y la localización, los colores y la señalética, no son muy homogenizados.

Un 93% no utiliza el mapa para actuar. A pesar de ello, el 64% conoce las calles. Esto levanta un desafío respecto a que, probablemente, la personas que se entrevistaron si eran iquiqueños. Pero ¿Qué sucede con las personas que no lo son, o que van a Iquique solamente de vacaciones?

Lo que más ayudo a evacuar (y es una conducta que se replica, también en las entrevistas) es seguir a otros. Básicamente, el primero que evacua tiene un rol pivote para que los demás lo sigan. Un 64% sigue a otro.

Un 94% evacuó a pie, aspecto que no se replicó en el evento real.

Un 54% encontró como obstáculo las aglomeraciones en ruta, a pesar de que estaban evacuando a pie.

Ante la pregunta: *“Si sintiera un temblor fuerte ¿Esperaría la Alarma para evacuar o evacuaría inmediatamente?”* Un 53% responde que evacuaría inmediatamente. Sin embargo, a pesar de que no esperarían la Alarma oficial para comenzar a evacuación, un 54% siente confianza en lo que están haciendo las autoridades respecto a este tema. Este, es un dato bien revelador. Ya que, a pesar de que no esperemos el inicio oficial (Alarma) para poder iniciar la evacuación, si confían en que, en algún momento, las autoridades van a llegar y prestarán ayuda. Ante esta imagen - a veces desmejorada - de lo que puede aparecer en los medios; lo que están haciendo las autoridades, que no suenan las Alarmas en algunas partes...como pasó en Arica, por ejemplo.

Un 62% tiene un plan familiar ante la evacuación, que no responde a un parámetro homogenizado.

En general, creen que tienen 17 minutos en promedio para evacuar. Esto podría ser real, pero ante un evento desastroso, podría demorarse mucho menos. El problema es el factor distancia de las personas que están en la costa y tienen que recorrer prácticamente 1 kilómetro para llegar hasta la zona de seguridad.

A la pregunta *“¿Cuán probable cree que es que haya un terremoto en los próximos 5 años?”* Y replicando la pregunta para caso de tsunamis. A esta pregunta, la respuesta promedio es 6,1 escala de 1 a 10. Es decir: Es probable. A la pregunta *“¿Cuánta preocupación le genera esta posibilidad?”* La respuesta promedio fue: Bastante.

Si comparamos estos datos, con los datos de la entrevista, que nos entrega un enfoque más cualitativo de experiencia vivida, encontramos:

-
1. Hay una Percepción de Seguridad ligada a los fenómenos ciudadanía y arraigo. Ser iquiqueño, implica saber qué hacer frente a un fenómeno de esta naturaleza. Lo cual condice con la no utilización de señalética y la no utilización de mapa (*"conozco mi territorio, conozco las calles que están aledañas y que pueden servirme como ruta de evacuación"*).
 2. Otro resultado relevante de las entrevistas, que condicen con los resultados de la encuesta, es la conducta de *"seguir a otros"* o bien, *"vivirlo en familia"*. Lo anterior, se convierte en un elemento primordial siendo requisito estar con los familiares y evacuar en conjunto o saber *"en que están los míos"*. De acuerdo a estos antecedentes, es posible plantear que hay un desafío pendiente, en el sentido de que hemos tenido la "suerte" como país, de que los terremotos hayan ocurrido días domingo o por la noche. Pero ¿Qué sucedería si ocurriera un día hábil de la semana, con los niños en el colegio, los padres trabajando? ¿Cuál será la contingencia con la cual nos vamos a enfrentar en ese minuto?
 3. Un tercer aspecto es la presencia de ruta con aglomeraciones y la búsqueda de rutas alternativas, en caso de que ocurra un evento real. De ello se desprende la necesidad de conocimiento de rutas alternativas, en caso al momento del evento exista ruta con aglomeraciones.
 4. Insistir en una evacuación a pie, para evitar no sólo la congestión automovilística, sino también otras consecuencias que esto pudiera tener.
 5. Confianza excesiva en la delimitación de zona de seguridad. En el último gran terremoto en Japón, estos límites fueron sobrepasados por el tsunami y personas que se encontraban en zonas seguras murieron, por exceso de confianza.
 6. Importancia del reconocimiento de un sismo de gran intensidad, puesto que no necesariamente las alarmas han sonado inmediatamente después de un sismo. La Alarma emitida por autoridades, debiera entenderse como una confirmación para seguir evacuando.
 7. Importancia del momento en que ocurre el evento. De acuerdo a los hallazgos, los entrevistados irían a buscar a sus hijos, antes de evacuar (consistente con 61% que declara que llamarían a un familiar para tener información). Esto, plantea un desafío en relación a la confianza que depositamos, no solo en las autoridades. En la red que se articula, respecto a saber cómo están los míos, en esta situación.
 8. Importancia de un plan familiar frente a este tipo de eventos, pues podrían ocurrir en cualquier momento.
 9. Si bien un porcentaje importante no esperaría la Alarma para iniciar la evacuación, sí confían en lo que están haciendo las autoridades.

Este mismo estudio, fue realizado en el simulacro del 15 de octubre del año 2013 en Concepción, que ya habían vivido un terremoto bastante importante. Y la

confianza en las autoridades más importantes fueron Carabineros y Bomberos. Son quienes se reconocen como autoridades y en quienes depositamos más nuestra confianza. Independiente del rango etario.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de este estudio, podemos concluir principalmente 2 puntos:

1. **Importancia de acoger el nivel familiar (situación ideal familia reunida o saber cómo están los seres queridos) para una mejor preparación ante estos eventos.** Surge la pregunta de si es correcto, o es todo lo que podemos hacer, el hecho de tener cada familia un plan familiar propio. Cómo fortalecemos la confianza, no solo en la autoridad, sino en otras instituciones y cómo armamos esa red de confianza.
2. **Fortalecimiento de la confianza en las autoridades.** Que permita no sólo estar preparados antes de que ocurra un evento, sino como parte de una red a la que se acude durante y post evacuación.

La Percepción de las víctimas sobre los PAP

Panelista: Karolina Fernández Krzeminska

Resumen:

Después de ocurrido el terremoto en el norte de Chile, en abril 2014, por medio de la petición de 3 empresas de distintos rubros, un número de 100 colaboradores recibieron Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) a través charlas. Se pretende mostrar cuál es la Percepción que estos tuvieron luego de asistir a la actividad y contrastarlo con otros estudios y teoría que habla sobre la repercusión de los PAP en las víctimas.

ANTECEDENTES

A 10 días después de ocurrido el terremoto en el norte de Chile, el 1 de abril del 2014 se realizaron 8 intervenciones grupales. Principalmente, para cumplir con 2 objetivos: 1) Apoyar a las víctimas del terremoto con Primeros Auxilios Psicológicos y 2) Cumplir con el requerimiento solicitado por las empresas clientes de EAS.

En una segunda instancia, surge la posibilidad de analizar con mayor detalle la intervención realizada, contrastando con otros estudios para conocer la Percepción que tienen las víctimas acerca de los Primeros Auxilios Psicológicos recibidos. Así como contrastar con otros estudios la Percepción y efectividad de los PAP.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) es una técnica que fue sistematizada el año 2006 por 2 instituciones norteamericanas² validadas a nivel internacional, que se entrega principalmente dentro de las primeras 72 horas. Consta de 8 etapas³:

1. Realizar contacto.
2. Ofrecer seguridad y confort.
3. Estabilización y normalización de síntomas.
4. Analizar las dimensiones del problema.

² The National Child Traumatic Stress Network y The National Center for PTSD

³ Lewis, Vaker, Phelps, Gavel, Fobes, 2013.

-
5. Sondear las posibles soluciones.
 6. Establecer contacto con redes de apoyo.
 7. Asistir en la ejecución de pasos concretos.
 8. Seguimiento para verificar el progreso.

En terreno, cotidianamente, es sabido que relizar los 8 pasos completamente, es casi imposible. Algunas investigaciones han demostrado que debemos cubrir, al menos 5 de los siguientes aspectos⁴:

1. Sensación de seguridad.
2. Calma.
3. Sensación de auto y comunidad eficacia.
4. Conectividad.
5. Esperanza.

A pesar de que los Primeros Auxilios Psicológicos son la herramienta más recomendada y utilizada a nivel internacional, encontramos escasas investigaciones sobre sus efectos. Es decir, no investigaciones acerca de “Por qué se crearon los PAP”. Acerca de ello hay mucha teoría y mucha investigación, sobre las razones de por qué debemos aplicar los PAP. Sin embargo, no existe del mismo modo material que recoja su real impacto. Para efectos de este estudio, proponemos revisar antecedentes como:

1. Krzysztof (2012) psicólogo polaco quien realizó una investigación post inundación en el sur de Polonia 2008, mostrando que la capacidad de las víctimas de reconstruir el mundo como un lugar seguro y confiable se logra, en gran medida, a través del soporte que despliega la comunidad y las organizaciones de rescate y de apoyo. Concluyó que la ayuda y el apoyo deben ser entregadas dentro del primer o segundo mes, dependiendo del nivel del evento, facilitando de este modo el proceso de reconstrucción del mundo.

Observó que la ayuda entregada dentro de las primeras 72 horas (la primera semana) cuando además es mantenida en el tiempo, genera estabilidad y sensación de seguridad. Desde nuestro análisis, esto es diferente a muchos casos donde la ayuda es entregada solo la primera semana; esa ayuda, tan inmediata, tan descontrolada, al inicio puede generar un poco de sensación de ayuda. No obstante, se puede convertir en un obstáculo. No sirve.

⁴ Hobfoll et al. (2007, citado en Lewis, Vaker, Phelps, Gavel, Fobes, 2013)

-
2. Legerski, Vernberg y Noland, (2012) estudiaron la Percepción de los equipos de respuesta al aplicar los PAP, revelado que los PAPA son un recurso de gran apoyo. Los profesionales entrenados en Primeros Auxilios Psicológicos mencionan que la utilidad de los PAP, está relacionada con características de las víctimas como edad, factores culturales y educacionales (Allen et al., 2010).

Se observó que es más fácil dar apoyo psicológico a un adulto que a un niño. Los temas culturales (que no son menores), las palabras que utilizamos, la forma en que nos relacionamos con el otro desde el lenguaje no verbal, son factores psicológicos importantes a tomar en consideración, al momento de hacer la intervención. No necesariamente al seguir los 8 pasos de los PAP, vamos a lograr entregar un buen apoyo psicológico, si no tomamos estos factores en consideración.

METODOLOGÍA

Investigación exploratoria que pretende un acercamiento preliminar sobre la Percepción de efectividad que tienen las víctimas del terremoto de Iquique 2014, sobre los Primeros Auxilios Psicológicos recibidos.

Se intervino en 116 personas que son colaboradores de 2 empresas de Iquique. La planificación inicial, incluyó un número total de 10 charlas, las que contenían 3 de los 8 pasos de los PAP. Los pasos contenidos las charlas, fueron los siguientes: 1) Normalización de síntomas, 2) Estrategias de control de la Ansiedad y estrategias de afrontamiento y 3) Rsicoeducación sobre redes de apoyo.

Se aplicó un Instrumento utilizado en la empresa después de realizar investigaciones masivas. Este instrumento, es una Encuesta de Satisfacción y de Calidad de Servicio; una encuesta bien subjetiva, que consta de 3 preguntas organizadas del siguiente modo:

- Primera pregunta: Abarca la relevancia del tema y lo interesante que resulta el tema expuesto.
- Segunda pregunta: La utilidad de los contenidos.
- Tercera pregunta: Calidad del relator.

Y finalmente, la encuesta tiene un espacio para comentarios.

RESULTADOS

En un principio, a pesar de haber planificado 10 charlas en total, en 3 horarios para 4 días, de aquellas solo fue posible realizar 8. Las 2 charlas que pudieron ser realizadas, de acuerdo a lo analizado posteriormente, es probable que haya influido que uno de los horarios para estas actividades, era el horario destinado al almuerzo. De modo que las personas no pudieron asistir. Por otro parte, observamos que esas 2 charlas fueron planificadas en un lugar de zona inundable. Esto, 10 días después del terremoto. Por lo tanto, el nivel de Ansiedad y de inseguridad, era demasiado alto para que las personas llegaran.

En relación a las personas que participaron, de 116 en total, 115 de ellos fueron víctimas directas (estuvieron en Iquique en el momento del terremoto) y 1 fue víctima secundaria (estaba fuera del país, pero la dificultad de contactarse con su familia y la exposición a imágenes vía redes sociales fue tan alta, que estaba con un nivel de sintomatología bastante elevado). En definitiva, participaron en promedio de 14.5 personas por charla.

Para esta investigación, tomamos solo las 2 primeras preguntas de la encuesta. En una escala numérica del 1 al 7, frente a la pregunta “¿Le parece interesante el tema expuesto?” ellos respondieron 6,5 y a la pregunta “¿Qué tan útil fueron los contenidos?” respondieron 6,6 en la misma escala.

De los 116 participantes, 71 de ellos (el 61,20% de la muestra) comentaron en el último ítem de la encuesta. Estos comentarios, fueron agrupados en 9 categorías, de las cuales aquí son expuestas 4. Las que agruparon la mayor cantidad de comentarios.

- **Psicoeducación y normalización de síntomas.** Esta fue la categoría con mayor cantidad de comentarios, tuvo 21 comentarios, lo cual corresponde al 18,10% de la muestra. Esta categoría, incluyó contenidos como por ejemplo: “Fue de mucha utilidad para entender el cómo me siento yo y mis hijos”, “Me doy cuenta que lo que sucedió (terremoto) mi cuerpo reaccionó de forma normal”. En relación a estos contenidos, es posible rescatar que, estas reacciones físicas, son parte de una reacción esperable al haber vivido un evento como el terremoto o bien cualquier otro evento traumático.
- **Contención y sensación de baja de Angustia o de Ansiedad:** Categoría que tuvo 14 comentarios (12,06%) donde se observan contenidos como: “Muy necesario este taller en estos momentos para ayudar a bajar el nivel de ansiedad, miedo, etc.”, “Excelente. Me ayudó y orientó a calmar mis miedos y temores.”
- Además, hubo 2 categorías que tuvieron 10 acotaciones cada una. Una de estas categorías es **útil** (entregó estrategias de manejo) y la otra es **interesante y didáctico**. De aquello, es posible rescatar contenido como: “Me voy con herramientas

*para enfrentar situaciones extremas, útiles en mi trabajo y en mi área personal y familiar”,
“Si, fue muy interesante la charla. Gracias a Ud.”*

Es relevante destacar, que no a todos les pareció buena la charla, no a todos les sirvió y además, se dieron el tiempo de comentarlo. Los resultados arrojan que 9 participantes, es decir, casi un 8% de la muestra (7.75%) consideraron que la actividad no cumplía con sus expectativas o necesidades.

Lo anterior, llama la atención considerando que este es un índice, donde todos podemos correr el riesgo. Si bien, dentro del 10% existe un alto nivel de efectividad, es recomendable recordar ese 10% donde, al parecer, esta técnica o al lo menos, esa charla, no les sirvió, porque no cumplía con sus expectativas o sus necesidades.

Entonces. Los resultados obtenidos en esta oportunidad, comprueban resultados anteriores, que ya sabíamos desde la teoría, desde la experiencia y desde otras investigaciones. Y a su vez, genera interrogantes y desafíos para los profesionales que nos especializamos en el área de Psicología de la Emergencia.

HALLAZGOS

- Se observó que la sensación de apoyo comunitario y solidaridad, es acogida por las víctimas y facilita la recuperación de sintomatología ansiosa. Algunos comentarios, hicieron alusión a cómo valoraban que la empresa generara instancias de apoyo.
- Revela que la psicoeducación y normalización es clave en la aplicación de los PAP, generando un aumento en la sensación de seguridad.
- Se confirma que es importante tener entrenamiento y ser profesional al entregar la intervención PAP⁵.
- No es solo dar. Es qué vamos a dar, cómo lo vamos a hacer. Porque efectivamente, si no estamos entrenados en estos temas, es posible a generar aún más daño.

⁵ (Allen, et al., 2010)

DESAFÍOS

- Crear instrumentos de evaluación adecuados que no re-traumatizen, pero muestren la efectividad que tienen los PAP, una técnica tan importante para los rubros rescate y primera intervención.
- Generar investigaciones comparativas con una instrumento test/re-test que pueda medir el antes y después.
- Investigaciones que puedan evaluar la post intervención, en dos momentos. En un momento reciente y una segunda evaluación, después de 6 meses o similar.

Como reflexiones finales, la invitación es a motivarnos y organizarnos para realizar investigaciones más profundas. Recordando siempre que los desastres naturales y eventos traumáticos tienen todas características distintas. No se puede generar un protocolo, tan específico y aplicable todos los eventos. Sin embargo, sí podemos ir generando instancias de conversación y de evaluación, que sean flexibles y que podamos adaptar a las circunstancias.

Por tanto, la flexibilidad en la intervención y la capacidad de adaptación a las circunstancias, es fundamental.

Hacia un Modelo de Investigación-Acción-Participativa (IAP) con jóvenes en contextos post-desastre: El caso de Chaitén

Investigadores: Rodrigo Mardones Carrasco & Francisco Velásquez Tapia.

Panelista: Rodrigo Mardones Carrasco

Resumen:

Esta presentación, trata la sistematización de experiencias sobre una propuesta de Investigación-Acción-Participativa (IAP). Usó como dispositivo creativo un Taller de Radio con jóvenes de Chaitén entre 14 y 18 años. Presenta una breve mirada a la intervención comunitaria tradicional, alternativas para la praxis comunitaria, el trabajo realizado en Chaitén, el modelo diagnóstico usado y algunas conclusiones generales de intervención en procesos de reconstrucción post-desastre.

INTRODUCCIÓN

La intervención y la investigación no son ámbitos excluyentes de la vida académica o profesional. Ambas se nutren constantemente. Por ejemplo, actividades de evaluación como encuestas de satisfacción de servicios, no sólo cumplen una función de producción de información sobre el impacto que con nuestras actividades estamos realizando. Esta evaluación también es un insumo para responder a nuestras preguntas sobre cómo seguir, es decir, una investigación.

Esta presentación muestra otro tipo de formas de investigación e intervención, que no tienen que ver con los parámetros más rígidos y tradicionales de la acción profesional. Comenzaré con una aproximación teórico-metodológica a aspectos tradicionales de la intervención comunitaria, para luego pasar a un análisis más crítico y reflexivo sobre cómo se formula tal intervención.

Luego, revisaremos el proceso de Investigación-Acción-Participativa (IAP), desde una perspectiva socioconstruccionista. Finalmente, un análisis de una propuesta de IAP.

UNA MIRADA A LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA TRADICIONAL

Para Sánchez Vidal⁶, la intervención comunitaria es la introducción del profesional desde una postura de autoridad, con la intención de modificar o interferir con el funcionamiento de un sistema. Es cómo yo, como externo, me hago cargo de un problema que es ajeno a mí. Creo que esta es la visión con la cual solemos trabajar en el trabajo comunitario.

Luego, algunos teóricos proponen la participación de la comunidad en el proceso de diseño, ejecución y evaluación. La intervención sería un proceso intencional de cambio, mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población y al desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas⁷.

Y finalmente, la perspectiva desde la cual trabajamos, piensa la comunidad, en términos de un sistema complejo, como un grupo heterogéneo de elementos interrelacionados en asociaciones que no son ni jerárquicas ni horizontales. La intervención es entonces una articulación de diferencias, potenciando aquellas actividades transversales que permitan reunir grupos sin subsumirlos a una entidad supragrupal⁸.

Por ejemplo, si queremos realizar una acción que implique participación, no podemos pensar en aquella participación obligatoria, y que medimos por medio de la asistencia a las convocatorias que realizamos a nuestros talleres o charlas. Estamos en una posición de autoridad al preguntarnos ¿Por qué la gente no está participando tanto como a nosotros nos gustaría? ¿Por qué la asistencia no es total?

Esta forma de pensar la participación, nos desmotiva, cuestiona nuestro trabajo, culpamos a aquellos que al parecer no están interesados en la acción colectiva, etc. Pero pensar en generar espacios para el encuentro de diferencias, donde transiten distintos actores que puedan aportar acciones más pertinentes a una comunidad. Ya no se trata de ¿Qué hicimos mal? Sino de ¿Cómo podemos hacerlo mejor?

⁶ Sánchez-Vidal, A. (1993). Intervención Comunitaria: introducción conceptual, proceso y panorámica. En Martín, A.; Chacón, F. y Martínez, M. (Eds). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor Editores.

⁷ Chinkes, S.; Lapalma, A. & Nicesboim, E. (1995). Psicología comunitaria en Argentina. Reconstrucción de una práctica psicosocial en la Argentina. En Wiesenfeld, E. y Sánchez, E. (Comp.) *Psicología social comunitaria. Contribuciones latinoamericanas*. Venezuela: Tropykos.

⁸ Montenegro, M.; Rodríguez, A. & Pujol, J. (2014). La psicología social comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: de la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 13 (2), 32-43.

Alternativas para la Praxis Comunitaria

El positivismo y las tecnologías de intervención asociadas a éste han insistido en crear metodologías que, cada vez más perfeccionadas, instalan una realidad por medio del conocimiento que generan.

Este paradigma propone que existen condiciones sociales determinadas en una sociedad, capaces de ser conocidas a través de la investigación científica. Luego, esas condiciones afectan a individuos y a grupos sociales creando situaciones de malestar social. Y finalmente, que es posible que ciertas técnicas y recursos que se implementan en intervenciones, solucionen ese malestar social.

¿Cuál es el problema? Un huracán en medio del océano, o una tormenta de arena en un desierto despoblado no es un desastre para nadie, quizás, nunca nos enteremos. Hablo en este caso de desastres socionaturales, los que como una producción en sociedad, en que un fenómeno natural - *permanente* como un período prolongado de sequía o *coyuntural* como un terremoto - afectan un sector, una población, una localidad, vulnerabilizada socialmente por diversos conflictos políticos, económicos, culturales, tecnológicos, ambientales, etc., que implican un daño al tejido social, geográfica y temporalmente definida.

No podemos culpar a la “naturaleza”, por nuestra incapacidad de responder a una situación de emergencia. Debemos repensar entonces el papel de la prevención y la mitigación, como foco de políticas públicas al respecto.

Propuesta de IAP

Primero, toda posición respecto a un fenómeno, por parte de distintos actores sociales, es parcial. Por ejemplo, entre dirigentes sociales, con los cuales estamos trabajando, siempre hay intereses distintos, visiones distintas de la misma situación.

Estas visiones son parciales, pero encarnadas. Su condición de parcial, no limita la legitimidad de la posición que toma ese sujeto dentro del tejido social en el cual se inserta.

Esta posición de sujeto está condicionada también por las distintas contingencias que esta persona ha tenido que asumir, por ejemplo, en una situación de desastre. Hay que tener clara la red en la cual se encuentran los sujetos con los que trabajamos. Luego, es muy importante forjar un acuerdo y compromiso que como profesionales, entablamos con los sujetos.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y DESASTRES: EL CASO DE CHAITÉN

A pesar de que la actividad pre-eruptiva comenzó con fuertes sismos el 30 de abril del 2008, la erupción del Volcán Chaitén el 2 de mayo de ese mismo año, fue una sorpresa incluso para los propios chaiteninos⁹. Una gran explosión destruyó un domo prehistórico de obsidiana en la caldera del Volcán Chaitén lo que obligó a las autoridades a declarar “Estado de Catástrofe” e iniciar, en primer lugar, un proceso de evacuación voluntaria de la población. Es así como en menos de 48 horas se logra evacuar a la mayoría de la población, unas 3.900 personas aproximadamente. Sin embargo, cuatro días después, la actividad eruptiva del Volcán Chaitén comienza a registrar un aumento, intensificándose la emanación de humo y cenizas por lo que se ordena la evacuación total de la población a pesar de la resistencia de algunas familias¹⁰.

Posterior a la evacuación, las familias desplazadas fueron ubicadas temporalmente en albergues, principalmente en Puerto Montt y Castro (en la Isla de Chiloé), mientras que el gobierno desplegaba una serie de ayudas económicas y sociales para fomentar los procesos de reubicación de la gente¹¹.

Sin embargo, la situación de desastre se agudiz aún más, ya que 10 días más tarde, el desprendimiento de parte del domo del Volcán Chaitén ocasionó el desborde del Río Blanco en el sector norte de la ciudad, causando la inundación del 90% del sector y la destrucción de 219 casas las que fueron arrastradas hacia el mar.

A partir del 2010, la cantidad de personas que han retornado a Chaitén ha aumentado considerablemente año tras año, comenzando un proceso, gestionado principalmente por el Municipio de Chaitén, que apunta a facilitar el retorno de los desplazados habilitando los servicios básicos de luz, agua, telecomunicaciones, educación y salud en la parte norte de la ciudad. Sin embargo, una desconocida lucha por permanecer en el lugar se ha dado en los últimos años en el sector sur de la comuna, donde alrededor de 200 personas insisten en repoblar aquella área considerada riesgosa por las autoridades debido a las posibilidades de un nuevo desborde del Río Blanco.

⁹ Bravo, D. (2013, 30 de abril). Erupción Volcán Chaitén: Atribuyen demora en reconstrucción a lenta gestión del gobierno anterior. *Biobío Chile*, Chile. Recuperado de <http://www.biobiochile.cl/2013/04/30/erupcion-volcan-chaiten-atribuyen-demora-en-reconstruccion-a-lenta-gestion-del-gobierno-anterior.shtml>

¹⁰ Gutiérrez, N. (2008, 08 de mayo). “Operación rastrillo” de Carabineros logra evacuación total de Chaitén. *EMOL*, Chile. Recuperado de <http://www.emol.com/noticias/nacional/2008/05/08/303490/operacion-rastrillo-de-carabineros-logra-evacuacion-total-de-chaiten.html>

¹¹ Mardones, R., Rueda, S. & Guzmán, M. (2011). Tejiendo vínculos: una mirada a la organización “Renacer de Chaitén” de la tercera edad en un contexto de posdesastre. *Cuadernos de Crisis y Emergencias*, 10 (2). Disponible en: http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2011/Num10vol2_2011_tejiendo_vinculos.pdf

Momento 1: Conformación del Grupo y Sensibilización

Llegamos a Chaitén por una demanda explícita del único colegio en funcionamiento, Juan José Latorre.

La conformación del grupo y la sensibilización tiene que ver con la identificación del grupo de trabajo. Trabajamos con grupos de jóvenes primero, en encuentros de sensibilización e involucramiento. Nos reunimos en grupos de discusión, con la consigna: “*¿Cómo me siento hoy en Chaitén?*”. Esta consigna tan sencilla, nos permitió indagar de forma no intrusiva cómo ha sido su experiencia de rehabetar Chaitén.

Nos dimos cuenta de que los jóvenes tenían una particularidad. Ellos no se referían tanto a la erupción del volcán. Nos decían “*Nosotros hemos visto sufrir tanto a nuestros padres, que lo que queremos ver es un Chaitén reconstruido, que Chaitén está saliendo adelante, que hay gente habitando el sector norte, el sector sur y que sí se están haciendo cosas en Chaitén*”.

Por otra parte, nos decían que encontraban que no habían espacios para jóvenes, debatir, compartir su opinión. No eran escuchados.

Momento 2: Participación para la Acción

Nos comunicamos con el Director de la escuela y con el Director de la Radio Chaitén. Propusimos el Taller Radial junto a estos actores. Pudimos articular todas estas posiciones diferentes, que querían trabajar temáticas similares.

Momento 3: Movilización Comunitaria

Los talleres de radio, congregaron a alrededor de 25 alumnos. Viajábamos cada 2 meses y trabajábamos una semana completa en estos Talleres de Radio, donde los jóvenes construían sus propias pautas y notas. El primer programa que realizaron se trataba sobre cómo veían Chaitén hoy. Entrevistaron a dirigentes sociales, a sus compañeros y rescataron muchas de las experiencias de lo que sucedió durante y después de la erupción del volcán.

Momento 4: Fortalecimiento Comunitario: Hacia el Autosostenimiento

Se conforma un equipo de radio juvenil que funciona hasta el día de hoy (aunque no constantemente) transmitiendo una hora, los días viernes. Lo pueden escuchar en www.radiochaiten.cl a las 15:00 hrs. aprox. El equipo de radio juvenil trabajaba en forma independiente. Nosotros ya no los capacitábamos. Cuando no estábamos, era el Director de la radio quien lo hacía.

El equipo recoge sus propias temáticas. Es interesante, por ejemplo, que en el segundo programa se trató la sexualidad juvenil. Es difícil tocar ese tema en escuelas santiaguinas, sin embargo, ellos no tuvieron mayores inconvenientes para un tema necesario de discutir.

Sistematización

Los interventores también somos investigadores. Lo importante de toda práctica comunitaria, es que seamos capaces de sistematizar esa información y de acusar si finalmente la teoría explica lo que estamos viviendo. Teorías que muchas veces se escriben en un escritorio, entre 4 paredes. El conocimiento y su impacto social, es una responsabilidad y es acción.

Modelo Diagnóstico

El modelo propone 6 áreas a indagar. Primero, hay que considerar *los criterios normativos o legales* respecto a la acción en desastres. Luego, *los criterios socioculturales*, es decir, prácticas, tradiciones, particularidades lingüísticas del grupo con el cual estamos trabajando. También están *los criterios subjetivos*, sus necesidades, demandas y formas de participación. *Los criterios institucionales*, como la visión y misión de instituciones con las que trabajamos en las localidades y/o las que nos financian. *Los criterios académicos*, teorías, metodologías, literatura acorde a la problemática, técnicas y qué estrategias han dado mejores resultados.

Finalmente, un criterio importante, es el *criterio del equipo de trabajo*. Es decir, como equipo, revisarnos. Asumir y explicitar nuestros principios teóricos, éticos y políticos.

ALGUNAS CONCLUSIONES GENERALES DE LA INTERVENCIÓN EN ESTE PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN.

Es importante no dejar de lado la reconstrucción del tejido social. Uno de los aspectos más comprometidos en un desastre siconatural. Esta forma de intervención, propone estrategias locales para problemas comunitarios. Es en lo local donde se cristaliza la vulnerabilidad.

La inclusión de la dimensión afectiva, ética y política clara desde los propios interventores con respecto a una intervención, es necesaria para generar desde la honestidad vínculos de trabajo responsables y comprometidos.

Es importante articular aquellos nodos interinstitucionales con objetivos en común o complementarios. Una valoración de la experiencia y saberes locales, que nos permita cuestionar las nociones de poder y de neutralidad, por parte de los “expertos”.

Y por último es crucial el fortalecimiento comunitario. Si queremos generar semilleros de liderazgo, tenemos que articularnos con las organizaciones y actores sociales, para fundar un clima de valores de apoyo para la acción y así construir una validación comunitaria e institucional para actuar. De esta forma podríamos promover las acciones de apoyo con recursos institucionales y comunitarios locales.

REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

SEGUNDO ENCUENTRO CHILENO DE PSICOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES 2014

Luego de realizar el Segundo Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres 2014, notamos, de acuerdo a la retroalimentación de los propios participantes, que tanto la organización como los temas escogidos para las presentaciones fueron adecuados. En general, la actividad cumplió las expectativas y aportó al desarrollo profesional.

En síntesis y siguiendo el eje temático que orientó la jornada: Psicología de la Emergencia en Chile en lo cotidiano. Los principales temas presentados en las exposiciones fueron los siguientes:

- El rol del psicólogo, en base a un modelo Biopsicosocial de Salud y Psicología de la Salud, en atención hospitalar de urgencia, con pacientes y familiares.
- Intervención psicosocial en incendio forestal, hallazgos sintomatológicos en las atenciones, requerimientos de atención y lecciones aprendidas.
- Experiencias de trabajo con bomberos voluntarios, selección de personal, perfil de rescatistas y emergencistas y capacitación en Psicología de la Emergencia incluyendo Trabajo en Equipo y respuestas antes, durante y después de la emergencia.
- Evaluaciones neuropsicológicas experimentales con personal de emergencias, para la construcción de neuroperfiles de sus capacidades psicológicas y neurolaborales. Datos obtenidos en relación al control de impulsos en las emergencias, funciones ejecutivas del cerebro al activarse la emergencia y Placer/Rechazo ante la emergencia. En un modelo de Neuroseguridad y Neuroentrenamiento.
- Características de la función policial, el contexto institucional y como influye el estilo de afrontamiento a las contingencias policiales, las respuestas emocionales manifestadas y el impacto en la salud de la exposición frecuente a estresores derivados del ejercicio de rol.
- Programas de Psicología de la Emergencia en el contexto organizacional y del trabajo, con mutualidades. Apoyo ante eventos críticos mediante capacitación, entrenamiento, asesoría técnico-estratégica y acompañamiento grupal. Y asistencia psicológica de urgencia en accidentes laborales y situaciones de crisis.

-
- Factores que inciden en el proceso de evacuación de un grupo de habitantes de la ciudad de Iquique, en relación al Simulacro de terremoto y tsunami realizado en la misma ciudad el año 2013.
 - Percepción de las víctimas sobre los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), después de haber recibido PAP a través de charlas en el contexto terremoto norte en Chile 2014, en contraste con otros estudios y teorías acerca de la repercusión de los PAP en las víctimas.
 - Investigación-Acción-Participativa (IAP) y dispositivo creativo Taller de Radio con jóvenes de Chaitén. Mirada a la intervención comunitaria tradicional, alternativas para la praxis comunitaria, trabajo realizado en Chaitén, modelo diagnóstico y conclusiones sobre procesos de reconstrucción post-desastre.

En un recuento de los resúmenes de presentaciones, llama la atención la integración y aplicación de conceptos y cómo algunas referencias teóricas, metodológicas y técnicas, fueron mencionadas, en relación a experiencias de psicólogos en contextos de Emergencias y Desastres. Estas incluyen:

- Psicología de la Salud (como puente entre las Ciencias Médicas y Ciencias Sociales).
- Psicología de la Salud Hospitalar.
- Taxonomía de las víctimas psicosociales de un desastre (Taylor y Frazer, 1982).
- Modelo Ecológico (microsistema, mesosistema, exosistema).
- Terapia Sistémica a través de Narrativas.
- Neuroseguridad y Neuroentrenamiento en relación a la Neuroeconomía.
- Investigación-Acción-Participativa (IAP) y la praxis comunitaria.
- Intervención en Crisis.
- Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).
- Selección de Personal y construcción de perfiles de cargo.
- Trabajo en Equipo.

Por otra parte. Durante la jornada, indagamos entre los participantes acerca de temas de interés relacionados con Psicología en Emergencias y Deastres. Los aportes de asistentes, expositores y organizadores del Segundo Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres 2014 al desarrollo de la especialidad en el país, abarcan los siguientes puntos:

-
- **Formación académica con Psicología en Emergencias y Desastres en Chile:** Difusión de la especialidad en contextos académicos como universidades e institutos.
 - **Revisar marcos teóricos en Psicología en Emergencias y Desastres:** Modelos teóricos y su aplicación práctica. De la teoría a la práctica. El “antes”, prevención.
 - **Intervenciones específicas:** Herramientas prácticas. Técnicas de mitigación de Estrés y de Primeros Auxilios Psicológicos. Actividades, estrategias y el quehacer psicológico en situaciones de crisis. Logística y planificación de intervenciones (que hacer, como intervenir, requisitos).
 - **Intervención social:** Como abordar emergencias sociales. Seguir profundizando en el trabajo con comunidades. Intervención en Psicología Comunitaria post crisis. Trabajo de preparación de la comunidad en terreno. Calidad de la respuesta comunitaria. Participación y fortalecimiento comunitario para la prevención de desastres.
 - **Autocuidado:** Cuidado de cuidadores. Autocuidado de profesionales y equipos de respuesta. Atención psicológica post intervención a grupos de atención psicosocial. Herramientas para el alivio del Estrés residual. Aspectos de “la persona del psicólogo emergencista”.
 - **Primer Apoyo Psicológico:** Intervención en Crisis. Nuevos trabajos o estrategias respecto al trabajo en crisis. Más que trabajos de investigación o encuestas a la población, exponer que se hizo y como funcionó
 - **Intervinientes:** Trabajo con equipos de Primera Respuesta en relación a Psicología de la Emergencia. Intervenciones con rescatistas con Primeros Auxilios Psicológicos y otros temas. Vivencias de líderes a cargo de grandes desastres. La emergencia en la cotidianeidad en trabajos de alto riesgo. Selección de Personal y perfiles de cargo para la selección de rescatistas.
 - **Investigación:** Investigaciones y hechos. Levantar datos de instituciones y otras especialidades para ligar la investigación con la práctica. Experiencias aplicadas a la Psicología en Emergencias y Desastres. Experiencias desde las propias personas que han protagonizado los eventos de desastres. Desarrollo de talentos participativos sistematizados en Investigación Acción Participativa (IAP).
 - **Coordinación de acciones con medios de comunicación masiva:** Transferir herramientas desde Psicología en Emergencias y Desastres al ámbito del periodismo.
 - **Psicología en Emergencias y Desastres en contexto penitenciario.**
 - **Psicología y Seguridad Laboral:** Experiencias en minería y psicoprevención.
 - **El rol preventivo de los establecimientos educacionales:** Como educar para enfrentar emergencias y desastres. Focalizar y rescatar experiencias con Psicología en Emergencias y Desastres en población **infanto juvenil**, intervenciones y/o investigaciones específicas con infancia en estos escenarios.
 - **Psicología en Emergencias y Desastres en el contexto internacional.**

-
- **Aspectos legales de la Intervención en Crisis.**
 - **Postruma.** Intervenciones enfocadas al Estrés Post Traumático en víctimas de robo, Violencia Intrafamiliar, agresiones, etc.

Finalmente, en relación a la relevancia de realizar actividades como el Segundo Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres 2014, los participantes valoran la iniciativa señalando que:

Anteriormente, pocos trabajaban en Psicología en Emergencias y Desastres en Chile. Los últimos años se ha visto masificada y con una presencia a nivel nacional. Por lo tanto, en el contexto actual, es bueno dar a conocer y estimular esta área de especialización. Con este tipo de actividades, tenemos retroalimentación y permite además compartir experiencias. Las emergencias y los desastres son procesos multidisciplinarios, lo cual nos obliga, como psicólogos, a incorporar nuevas temáticas y aprender de distintas ciencias.

En relación a la formación en Psicología en Emergencias y Desastres, es posible observar que muchos psicólogos no tuvimos una formación de pregrado en relación a la intervención en estos contextos. Aún así, son asuntos con los cuales nos enfrentamos en los trabajos cotidianos. Por consiguiente, necesitamos dotarnos de recursos y compartir experiencias, con el fin de ir progresivamente aunando criterios. Enriquecer nuestras herramientas y estrategias para ayudar a las personas que enfrentan situaciones críticas. Compartir, integrar, criticar y conocer lo que hacen nuestros colegas. Junto con, transmitir la propia experiencia. En definitiva, validar la disciplina destacando la importancia de contar con psicólogos especializados en áreas como emergencias y desastres. De este modo, podremos también aportar a la generación de comunidades más resilientes y aportar al país en la Reducción del Riesgo.

Junto con lo anterior, resulta interesante conocer los trabajos que se están desarrollando, en diversas instituciones. En la investigación, se ve mucha academia y no se liga necesariamente, a lo que está pasando en la realidad. Estar ligado a lo llevado a cabo en las instituciones, es sumamente relevante para poder articular confianzas en conjunto. Sobrellevando la distancia que se da en ocasiones, entre teoría y aplicación. Integrar la teoría con el área práctica que vive día a día con ese desastre y esa emergencia. En ese sentido, podemos nutrirnos mucho y crecer profesionalmente.

APÉNDICE

Conductores del Segundo Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres 2014

COMISIÓN ORGANIZADORA

Pedro Acuña Mercier. Controlador de Tránsito Aéreo, Dirección General de Aeronáutica Civil. Instructor de Control de Tránsito Aéreo en la Escuela Técnica Aeronáutica, dependiente de la Dirección General de Aeronáutica Civil. Psicólogo Laboral, Universidad de Las Américas. Diplomado en Psicología Organizacional, UDLA; Diplomado en Modelo de Gestión Curricular por Competencias, UST; Diplomado en Salud Mental en Emergencias y Desastres, PUC; Diplomado en Nuevas Tendencias en Selección de Personas, PUC. Experiencia como Psicólogo Laboral en Control de Tránsito Aéreo y Aeronáutica, en Chile y Centro América. Gerente Area PsicoLaboral de EUSE Psicología, Consultora de Recursos Humanos para Atención en Salud Mental a empleados de aeronáutica. Miembro y actual VicePresidente de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres SOCHPED. pedro.acuna@sochped.cl

Sandra Arias Orellana: Psicóloga UNAB. Magíster en Psicología Comunitaria FACSO Universidad de Chile y actualmente cursando Postítulo Gestión para la Reducción del Riesgo de Desastres en la misma universidad. Diplomada en Salud Mental en Emergencias, Desastres y Catástrofes PUC. Diplomada en Prevención Psicosocial de Desastres USACH y coordinadora de programa (2013). Entrenamiento en técnicas EMDR niveles 1 y 2. Ha ejecutado proyectos sociales con comunidades vulnerables con FOSIS y programas de capacitación en Psicología de la Emergencia con Mutual de Seguridad C.Ch.C (2012-2013). Realiza apoyo psicosocial voluntario en evacuación volcán Caulle (2012) incendios forestales Valparaíso (2013) terremoto Iquique (2014) y acompañamiento a familiares en reconocimiento de cuerpos incendio Cárcel San Miguel (2010). Rescatista de Oficio certificada WFR NOLS, recibe reconocimiento de Embajador de USA en Chile por desempeño en operación de rescate en Santiago, con Cuerpo de Socorro Andino de Chile (2004) y rescatista K-SAR Chile (2009-2014). Actualmente, integra la Unidad de Intervención en Crisis de la Asociación Chilena de Seguridad ACHS y está a cargo de clase Psicología de Emergencia para Rescatistas Outdoor en Curso de Rescate en Montaña de la carrera Ingeniería en Ecoturismo y Expediciones USS. Miembro Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres. Coordinadora de Proyecto del 1er (2011) y 2do (2014) Encuentro Chileno de Psicología en Emergencias y Desastres. ariasorelana@gmail.com

Alan Breinbauer Krebs. Psicólogo, Universidad Gabriela Mistral. Diplomado en “Salud Mental en Emergencias, Desastres y Catástrofes” por la Pontificia Universidad Católica de Chile y docente del mismo programa. Certificado como Técnico en Emergencias Médicas Básicas (TEM-B), por la A.R.E.M.T. Psicólogo y rescatista de ONG SAR CHILE, con quién participa en apoyo psicosocial a familiares en accidente de 33 mineros en Copiapó e Incendio Cárcel de San Miguel. Además respondió como voluntario en la “Operación Maule” del Gobierno de Chile en la Intervención Psicosocial Post Terremoto y Tsunami 2010. Actualmente Presidente Sociedad Chilena Psicología de la Emergencia período 2012-2015. alan.breinbauer@sochped.cl

Consuelo Prado Olavarría (Panelista). Psicóloga Universidad Santo Tomás sede Antofagasta, con especialidad en el área de Psicología de la Emergencia. Diplomado de Salud Mental en Emergencias, Desastres y Catástrofes dictado por la Unidad de Trauma Estrés y Desastres de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Entrenamiento en técnicas de EMDR, “desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares”, individual y en la estabilización y contención en grupo. Experiencia en relatoría y coordinación de cursos de capacitación, orientados a temas de Psicología de la Emergencia, Primeros Auxilios Psicológicos, Intervención en Crisis y herramientas de Autocuidado. Actualmente se desempeña como Asesora de Proyectos del Programa de Apoyo ante Eventos Críticos (PAEC) del área psicosocial de Mutual Asesorías, S.A. consuelo.prado.o@gmail.com

Humberto Marín Uribe. Psicólogo, Magíster Salud Mental en Catástrofes y Doctorando Departamento de Psicología Social Universidad Complutense de Madrid, España. Diplomado en Planificación y Gestión de Desastres y Catástrofes por la Oficina Nacional de Emergencia (ONEMI) del Ministerio del Interior y la Academia de Guerra del Ejército de Chile; Diplomado en Planificación y Gestión de la Ayuda Humanitaria y de Emergencia, por la Universidad Complutense de Madrid y la Cruz Roja Española; Instructor de Bomberos, formado por la Oficina de Asistencia para Catástrofes de EEUU (OFDA), el Departamento de Bomberos de Miami Dade y la Academia Nacional de Bomberos de Chile. Gestor de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres, consultor internacional de programas de prevención de accidentes, modificación comportamental y gestión de emergencias tanto en Estados Unidos como en Australia y Latinoamérica. Actualmente integra el Directorio de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres. humberto.marin@sochped.cl

Denisse Teillery Baladrón (Panelista). Psicóloga Magister en Psicología clínica otorgado por la Universidad Andrés Bello. Diplomada en Gerontología Social de la Pontificia Universidad Católica y en Operacionalización en Psicodiagnostico Dinámico por la misma institución en conjunto con la Universidad de Heildelberg. Terapeuta EMDR. Actualmente cursando Diplomado de Intervención en Crisis de Pontificia Universidad

Católica en conjunto con el Centro del Buen trato. Su principal desarrollo profesional se ha sostenido en el trabajo de urgencias médicas del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río desde el año 2009 y en la validación de su modelo. Experiencia clínica en atención de pacientes con sintomatología asociada a psicotrauma y Duelo. Secretaria General de la Sociedad Chilena de Psicología de Emergencias y Desastres. Psicóloga de Enlace. Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Servicio de Salud Metropolitano Central. ps.teillery@gmail.com

Lorena Monsalve Sanhueza. Psicóloga, Universidad Central de Chile, titulada con distinción como Psicóloga con especialización Clínica. Especialización académica y experiencia profesional en Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y/o Tratamiento Psicológico en ámbitos clínicos y comunitarios, conformación complementaria en Psicología de las Emergencias, Abuso y Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Psicología de la Salud. Desarrolla talleres vecinales enfocados a “actitud resiliente” por accidente de avioneta siniestrada el 2008. Realiza con UNICEF actividades de capacitación y autocuidado para funcionarios FOSIS, JUNAEB, OPD y JUNJI e integral el COE Colegio de Psicólogos-SOCHPED luego del terremoto en Chile (2010). Integra Plan de Seguridad Pública Municipalidad de Colina (2010-2011). Encargada del Área de Planificación y Proyectos Departamento de Protección Civil y Emergencia Municipalidad de Cerro Navia (2012-2013). Actualmente, trabaja en Derechos Humanos, inclusión y no discriminación. Encargada del Departamento de Diversidad y No Discriminación de Municipalidad de Providencia. Directora Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias SOCHPED. lorena.monsalve@sochped.cl

Ixa A. López Poblete. Psicóloga, Magíster en Psicología Aplicada al Deporte y la Actividad Física otorgado por la Universidad Central de Chile. Diplomado en Psicoterapia Cognitivo Conductual de la Universidad de Chile. Diplomado en Psicología del Deporte de la Universidad Diego Portales en conjunto con la Universidad de las Islas Baleares de España. Certificada de “Primera Ayuda Psicológica” en “The National Center for Child Traumatic Stress” de los Estados Unidos. Actualmente se desempeña como coordinadora de actividades de extensión en la Universidad Bernardo O’Higgins, y docente de la cátedra de Intervención en Crisis. Experiencia como docente de la Escuela Militar del Libertador Bernardo O’Higgins en las materias de resiliencia e inteligencia emocional aplicadas al liderazgo militar. ixa.lopez@ubo.cl

Milena Gallardo Álvarez. Psicóloga Clínica. Experto en Prevención de Riesgos Laborales. Diplomado en Psicología de la Emergencia. Miembro Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres SOCHPED. misugallardo@gmail.com

EXPOSITORES

Alfredo Sherrington Rodríguez. Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Magister en Neoprevención, MBA y Candidato a Doctor en Gestión de Negocios de la Universidad de Leida, España. Se ha desarrollado laboralmente en el área académica en distintas instituciones y como consultor para empresas en las áreas de seguridad y desarrollo organizacional. Su pasión hace 20 años es ser bombero rescatista (de la cuarta de Viña del Mar). Esta pasión lo ha llevado a canalizar su trabajo en comprender qué hace que alguien pueda trabajar en emergencias y desastres, como también qué hace que una persona actúe de forma segura o insegura en su trabajo. Desde el 2008 se ha focalizado y ha logrado ser pionero en las áreas de Neuroseguridad y Neurocompetencias. Una forma de conjugar las nuevas tecnologías de manera multidisciplinaria para el fin último...que es salvar vidas y mejorar la calidad de vida para todos quienes se enfrentan día a día en emergencias y desastres. alfredo.sherrington@gmail.com

María Dolores Castro. Psicóloga, Universidad de Viña del Mar, Diplomado en Neuropsicología Clínica Universidad de Valparaíso. Desde 2008 trabajo como Psicóloga en el Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar desarrollando labores de selección, capacitación y apoyo a los Bomberos Voluntarios y personal restado. En el año 2004 participe en forma Profesional en American Red Cross (Cruz Roja) en el Programa September 11 Recovery Program de ayuda y apoyo psicológico a los sobrevivientes y familiares del atentado a las Torres Gemelas en New York City, USA. mariadoloresc@gmail.com

Andrea Vásquez González. Geógrafo de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magíster en Desarrollo Urbano de la misma casa de estudios. Actualmente se desempeña como coordinadora de investigación en el área de investigación de Manejo de la Emergencia (liderada por la Psicóloga, PhD Paula Repetto) en el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (Fondap 15110017). Además, es investigadora asociada de un proyecto Fondecyt (Fondecyt 1141187 "Development and implementation of an integrated human-structure interaction model in geographical settings under severe earthquake loads") que busca estudiar la relación entre personas y su entorno en el contexto de desastres naturales, a través de una aproximación interdisciplinaria entre Ingeniería, Psicología y Geografía. También participa como investigadora asociada de un Fondecyt de Iniciación relacionado a salud e inmigración internacional (Fondecyt 11130042 "Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para inmigrantes en Chile: un estudio multi-métodos"). Sus temas de interés son: geografía de la salud e inequidad, metodologías para estudiar la

vulnerabilidad social, vulnerabilidad frente a desastres naturales, percepción de riesgo.
andrea.vasquez@cigiden.cl

Patricia Bravo Ibarra. Psicóloga Universidad de Chile. Terapeuta Familiar con especialización en Terapia de Pareja. Psicóloga del Servicio de Sanidad Carabineros de Chile. patybravo22@yahoo.com

Cecilia Saffie Duery. Psicóloga Universidad Santo Tomás, Magíster en Psicología Clínica Universidad del Desarrollo. Psicóloga Servicio de Sanidad Carabineros de Chile. ceciliasaffie@hotmail.com

Patricia Rojas Salinas. Psicóloga Clínica de la Universidad Central, trabaja a cargo de la Unidad de Gestión de Usuarios y Psicología de Enlace del Hospital de Urgencia Asistencia Pública hace 7 años. Diplomada en Bioética Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Magíster en Gestión de Salud de la Universidad del Desarrollo. Dentro del contexto del Encuentro, cabe destacar su rol en el diseño y gestión de la incorporación de Psicólogos al Servicio de Urgencia del hospital y posteriormente creando el servicio de psicología de enlace para todo el Hospital de Urgencia Asistencia Pública. patriciad.rojas@redsalud.gov.cl

Carlos Raúl Grüttner Ramírez. Psicólogo Unidad de Intervención en Crisis UIC. Asociación Chilena de Seguridad ACHS. Psicólogo Clínico con especialidad en Psicoterapia Estratégica Breve e Hipnosis Ericksoniana, cuento con 14 años de experiencia en el área clínica y organizacional, he desarrollado Programas de Intervención, Capacitación, Gestión Estratégica y de Cambio, en el ámbito privado y público. Formado en Psicología de Emergencia e Intervención en Crisis en la Asociación Chilena de Seguridad. Conocimiento profundo de Sistema de Gestión de Calidad ISO y NCh. 2728 para capacitación, además del manejo e implementación de la normativa SUCESO-ISTAS 21 de Responsabilidad Psicolaboral Empresarial. Me destaco por mi capacidad para desarrollar habilidades blandas en temáticas de psicología de emergencias, atención en crisis, comunicación, liderazgo, manejo de conflicto, estrés laboral y trabajo en equipo para aumentar la productividad en las organizaciones. psicogruttner@gmail.com

Miguel Parada Castro. Psicólogo clínico de la Universidad Católica Silva Henríquez, cursando diplomado “Planificación y Gestión del Riesgo de Desastres” en Academia de Guerra del Ejército y Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior se desempeña actualmente como psicólogo Interventor en SAMU Metropolitano y psicólogo de Enlace del Hospital de urgencia y asistencia pública. Tiene experiencia en investigación respecto a Mecanismos de autocuidado informales en Bomberos rescatistas, y Cursa diplomado en “Planificación y Gestión del Riesgo de Desastres” de la Academia

de Guerra del Ejército de Chile y Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior. miguel.parada@redsalud.gob.cl

Karolina Fernández Krzeminska. Psicóloga de la Universidad del Desarrollo, especialista en intervención infantojuvenil y Psicología de la Emergencia. Cursos de especialización de APA online sobre Intervención en Crisis e Intervención a Equipos de Emergencia. En proceso de titulación de Magister en “Crises Management and response” en Walden University. Socia fundadora ONG Psicólogos Voluntarios de Chile y actual Presidenta del Directorio de la ONG. Actualmente se desempeña como coordinadora clínica en EAS. En ambas instituciones realiza intervenciones de emergencia. karolinafk@gmail.com

Rodrigo Mardones Carrasco. Psicólogo Universidad de Chile. Diplomado en Intervención Comunitaria, Filosofía Política y Teoría de Sistemas Sociales en la misma Universidad. Asistente de coordinación y alumno becario CONICYT y Volcán Calbuco del Magíster en Psicología mención Psicología Comunitaria Universidad de Chile. Investigador de la Unidad de Estudios Comunitarios Latinoamericanos, de la línea social-comunitaria de Psicología de la Universidad de Chile. Miembro del Núcleo de Estudios e Intervención Comunitaria (NEICo). Investigador en el proyecto "Educación para la Inclusión Social de Personas Afectadas por la Erupción del Volcán Chaitén" 2012-2013, Vicerrectoría de Extensión de la UCH. Actualmente, uno de los coordinadores del proyecto "Conflictos Socioambientales, Participación y Comunidad: Diagnóstico Participativo en Longotoma, V Región" e integrante de la iniciativa de investigación-acción "Reconocimiento de la participación de la primera infancia en contextos de ocupación territorial". rodrigo.mc@ug.uchile.cl

PATROCINADORES

Hospital de Carabineros HOSCAR. Carabineros de Chile (Patrocinador Oficial).

Hospital de Urgencia y Asistencia Pública. Servicio de Salud Metropolitano Central. Ministerio de Salud.

Servicio de Atención Médica de Urgencia SAMU. Servicio de Salud Metropolitano Central. Ministerio de Salud.

Bomberos de Chile.

Colegio de Psicólogos de Chile.

