

# Cuadernos de **CRISIS** y emergencias

Revista semestral de la  
psicología de las emergencias  
y la intervención en crisis

**ICatástrofe Forestal en Chile: Expe-  
riencia de un Psicólogo de Emergen-  
cias pre hospitalarias en Despliegue a  
Santa Olga**

Miguel Parada Castro

**Intervención con la familia de un ci-  
clista fallecido en accidente de circu-  
lación: Descripción del caso y conclu-  
siones**

Juan M. Fernández-Millán, Susana Salmerón,  
Patricia Rosas, Luisa M<sup>a</sup> Álvarez, Inés Paneque,  
Lidia Salinas

**Violaciones graves a derechos huma-  
nos: consideraciones  
éticas para la atención y acompaña-  
miento psicosocial a víctimas de  
VGDH**

José Manuel Bezanilla, Ma. Amparo Miranda

**Primeros Auxilios Emocionales PAE:  
SABER HACER**

Lic. Judith Bogomolny

## Cuadernos de Crisis

La revista electrónica con contenidos para los profesionales de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis.

Nuestras páginas reciben material relacionado con la gestión de las emergencias desde la perspectiva de la intervención psicológica, la gestión del estrés en situación crítica y en particular al trabajo que prestan en este campo los profesionales de la psicología, las consecuencias y efectos de los incidentes traumáticos sobre la población afectada y los profesionales que intervienen en ellos, así como las técnicas usadas para su mitigación o abordaje.

Recibimos también trabajos que contienen elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de la intervención psicológica en emergencias.

## Suscripciones

Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección: [suscripciones@cuadernosdecrisis.com](mailto:suscripciones@cuadernosdecrisis.com)

## Cubierta

Primeros auxilios emocionales

*Aún cuando existe un arbitraje previo a su publicación, Cuadernos de Crisis no está obligatoriamente de acuerdo con las opiniones vertidas en nuestros contenidos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.*

## Contacto

[info@cuadernosdecrisis.com](mailto:info@cuadernosdecrisis.com)

## Dirección

### Alicia Galfasó

Psicóloga

Esp en Psicooncología

Esp. en Psicotraumatología y en Psicología de la Emergencia

[alicia@cuadernosdecrisis.com](mailto:alicia@cuadernosdecrisis.com)

## Dirección honoraria

### Ferran Lorente i Gironella

Psicólogo consultor de emergencias.

[1felogi@gmail.com](mailto:1felogi@gmail.com)

## Consejo de redacción

### Dr. Luis de Nicolás y Martínez

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

### Agusti Ruiz i Caballero

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

Director Gerente de l' Institut d'Estudis Mèdics (IEM)

### Josep Garre i Olmo

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

### Fernando A. Muñoz Prieto

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

### Jose Francisco Castro Escobar

Licenciado en Psicología

Especialidades Clínica y Emergencias, Máster en Prevención de Riesgos Laborales

### Alexis Lorenzo Ruiz

Graduado de Lic. En Psicología

Master Profesional y Especialista en Psicología de la Salud

### Rodrigo Andrés Mardones Carrasco

Psicólogo de la Universidad de Chile.

Diplomado en Intervención Comunitaria

## Sumario

<b>Editorial</b> .....	5
Alicia Galfasó	
Ferran Lorente i Gironella	
 <b>Catástrofe Forestal en Chile: Experiencia de un Psicólogo de Emergencias pre hospitalarias en Despliegue a Santa Olga</b> .....	6
Miguel Parada Castro	
 <b>Intervención con la familia de un ciclista fallecido en accidente de circulación: Descripción del caso y conclusiones</b> .....	10
Juan M. Fernández-Millán	
Susana Salmerón	
Patricia Rosas	
Luisa M <sup>a</sup> Álvarez	
Inés Paneque	
Lidia Salinas	
 <b>Violaciones graves a derechos humanos: consideraciones éticas para la atención y acompañamiento psicosocial a víctimas de VGDH</b> .....	15
José Manuel Bezanilla	
Ma. Amparo Miranda	
 <b>Primeros Auxilios Emocionales PAE: SABER HACER</b> .....	22
Lic. Judith Bogomolny	

## Editorial

**Despedida.**- La presente edición de "Cuadernos de Crisis y Emergencias" es la número 30, lo cual representa que durante quince años hemos mantenido el contacto y la relación del colectivo psico-emergencista.

No me ha gustado nunca la complacencia y estoy seguro de que nuestra revista podría haber sido mucho mejor, quizás solo dedicándole unos minutos más cada día, puede que reflexionando nuevos enfoques...por descontado no me refiero a los contenidos, siempre dignos a la par que opinables.

Esta treintena es un hito coincidente con mi jubilación, por tal motivo he pensado retirarme también de "Cuadernos". Quiero agradecer a todos los que han colaborado a lo largo de estos años sea en la confección técnica o mediante artículos su ayuda, también de modo especial a los que han formado parte de la Redacción, auténtico núcleo duro emergencista.

He pedido a la colega y amiga Lic. Alicia Galfaso que continúe "Cuadernos" y ha aceptado. De lo cual debemos todos felicitarnos, pues conocemos su valía, manifestada especialmente a través de su trabajo con los bomberos argentinos. Le deseo toda la suerte del mundo, pues el trabajo estoy seguro lo pondrá todo.

Mando a todos, desde Catalunya, un fraternal abrazo.

**Bienvenida.**- A partir de este número comienza un desafío para mí en lo personal y profesional; deseo y espero que lo sea también para todos aquellos que han sido parte imprescindible y necesaria de Los Cuadernos de Crisis y Emergencia.

Estoy sumamente agradecida al Lic Ferran Lorente i Gironella, amigo y par, que me ha confiado la continuidad de este maravilloso espacio que nos convoca, nos informa, nos une.

El mundo de las emergencias cambia, crece y nos exige cada día mejores y más adecuadas respuestas. El área de la Psicología de la Emergencia sigue siendo un terreno de enormes desafíos que requiere excelencia y acción. Espero y deseo que los "Cuadernos" sigan siendo el espacio donde podamos mostrar, pensar, y compartir experiencias, propuestas, y desarrollos intelectuales y prácticos que permitan construir una gran red de cuidado emocional en emergencias.

Les pido a los que siempre han estado, a los que recién llegan y a los que llegarán, que se sumen, nos acompañen y hagamos entre todos posible un camino de excelencia y profesionalismo.

Las propuestas, sugerencias y comentarios son bienvenidos!

Desde Argentina les envío a todos un enorme abrazo

Sean todos muy bienvenidos!

# Catástrofe Forestal en Chile: Experiencia de un Psicólogo de Emergencias pre hospitalarias en Despliegue a Santa Olga

Miguel Parada Castro<sup>1</sup>

## Resumen

El trabajo de un psicólogo de emergencias constantemente requiere de adaptabilidad al cambio, rapidez, versatilidad, humanidad, etc. Adecuándose a los tiempos de las emergencias y desastres que en muchas ocasiones postergan planes personales y cambian rutinas de un momento a otro. En la catástrofe forestal del verano 2017, que azotó al menos cuatro regiones del país, se desplegaron equipos de salud a los puntos afectados más críticos del centro sur, entre ellos la localidad de Santa Olga (constitución) en la región del Maule. El trabajo Psicosocial que se realizó abarcó dos grandes áreas: Uso de primeros auxilios psicológicos a víctimas del incendio y apoyo en la gestión de salud mental del servicio de salud del Maule. Reflexionar acerca del rol del psicólogo de emergencias en cada intervención que realiza, es absolutamente proporcional al crecimiento humano que obtiene cuando ayuda a personas que lo han perdido todo, a personas tan personas como el propio psicólogo.

**Palabras clave:** Psicólogo de emergencias, primeros auxilios psicológicos, salud mental, gestión de emergencias

## Abstract

The work of an emergency psychologist constantly requires adaptability to change, speed, versatility, humanity, etc. Adapting to the times of emergencies and disasters that in many cases postpone personal plans and change routines from one moment to another. In the last forest catastrophe that struck at least four regions of the country, health teams were deployed to the most critical affected areas, including the town of Santa Olga (constitution) in the Maule region. The Psychosocial work carried out covered two major areas: Use of psychological first aid to fire victims and support in the management of mental health of the Maule health service. Reflecting on the role of the emergency psychologist in each intervention he makes is absolutely proportional to the human growth he gets when he helps people who have lost everything, people as persons as the psychologist himself.

**Keywords:** Emergency psychologist, psychological first aid, mental health, emergency management.

1 Psicólogo de Emergencias. Antonio Tocornal 455, Dpto. 142, C. Santiago - CHILE - [mparadacastro@gmail.com](mailto:mparadacastro@gmail.com)



Desde el inicio del ejercicio de mis funciones en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU) siempre he dicho que soy una herramienta (moldeable) más para la respuesta a fenómenos que amenacen la vida o el bien estar psicosocial de la comunidad. Y es que el ser psicólogo de emergencias conlleva ciertas características que son propias a las emergencias desastres o catástrofes. En muchas ocasiones las amenazas surgen de forma súbita, por lo tanto la respuesta a ella requiere de igual rapidez, versatilidad y adaptabilidad al cambio.

Era un veraniego sábado 28 de enero en la noche, conversaba con amigos los planes de cómo serían mis próximas vacaciones, qué lugar visitar, cuando ir, etc. Cosas típicas de cada verano. En medio de un ambiente de relajación suena mi celular y la llamada es de la coordinación del área de intervención de SAMU, me informan que se han activado equipos de apoyo a la respuesta en salud para las localidades afectadas por incendios, y que los equipos de mi institución -incluido psicólogo- fueron contactados por el Ministerio

de Salud para desplegarse a la región del Maule, exactamente al sector de Santa Olga.

Luego de cortar, volví a comprender lo que significa ser psicólogo de emergencias, esa adaptabilidad al cambio, la rapidez, la versatilidad para dejar los planes personales de lado y acudir en ayuda de personas que pierden algo, sufren y son vulnerables ante nuestro propio medio. Un día después de esa llamada me veía viajando a la región del Maule, mi región, las localidades de las que siempre oí, las cuales alguna vez cuando vivía en Linares visité. Esta vez no vestía veraniego ni de relajación, vestía de amarillo flúor con un parche identificatorio "SAMU 131", y mi chaqueta de psicólogo de intervención.

Llegué a Santa Olga y el paisaje era desolador, nunca he estado en una guerra, pero parecía que hubiese estallado una bomba, solo se veían algunas murallas y construcciones que daban cuenta de que hace días atrás, ese era un lugar habitable, y ahora solo había tierra, cenizas y escombros.



Mis funciones y objetivos de despliegue fueron dos: realizar Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) a afectados y damnificados por el incendio, y apoyar la gestión de salud mental en el Servicio de Salud del Maule.

Realicé atenciones de primeros auxilios psicológicos (PAP) en el puesto médico establecido junto a los demás servicios de apoyo, instalados en la plaza de Santa Olga, la misma que tal vez reunía a sus habitantes para disfrutar, hoy se transformaba en un lugar clínico asistencial y de servicios públicos.



Los primeros auxilios psicológicos es la técnica mundialmente recomendada para situaciones de emergencias y desastres dentro de los primeros días ocurrido el evento. Según Figueroa, Marín y González (2010), no todas las víctimas ni intervinientes necesariamente desarrollaran psicopatologías; sin embargo, la utilización de primeros auxilios psicológicos es una tarea relevante para disminuir el impacto del evento potencialmente traumático, en cuanto sintomatología aguda del espectro que se puede dar en estas situaciones. Por lo tanto, el trabajo psicológico lo sustenté en la evidencia de Hobfoll (2007) y sus 5 principios de actuación: fomentar la noción de seguridad, favorecer la calma, auto eficacia (y de la comunidad), conexión con redes de apoyo y estimular la esperanza. Acudían personas con síntomas de somatización, sin origen médico, sino producto del impacto psicológico de haber vivido lo más parecido al infierno.

En cuanto al apoyo de la gestión de salud mental en el servicio de salud, junto a los profesionales del área comenzamos a mirar la región con perspectiva, (pues sabíamos que “muchas veces el árbol no permite ver el bosque”) identificando el estado de situación en cuanto a lo siguiente:

- Identificar zonas afectadas.
- Catastrar equipos de apoyo psicosocial que llegaban a la región.
- Precisar necesidades de apoyo psicosocial en primeros respondedores.

- Identificar establecimientos de salud afectados y funcionamiento del personal.
- Identificación de capacidad instalada en primeros auxilios psicológicos.

Uno de los aspectos que llamó mi atención fue la cantidad de equipos de “apoyo” clínicos como psicosociales que llegaron, algunos debidamente organizados que se reportaban y ponían a disposición de las autoridades locales, y otros que pregonaban el “voluntarismo”, furor curandis o como queramos llamar al turismo del desastre. De ahí la importancia de que toda organización de la sociedad civil u ONG adscriba a la RAHCh (Red de Ayuda Humanitaria Chilena) o siga sus lineamientos, con la finalidad de ser un aporte real a las comunidades afectadas evitando la iatrogenia.

Ya que en muchas ocasiones no se visualiza a los intervinientes como víctimas de las catástrofes, en esta oportunidad fue relevante el levantamiento de necesidades de apoyo psicosocial para los primeros respondedores, aquellos poco visibles pero tan vulnerables como las víctimas. Hito en la respuesta a una catástrofe, fue que todas las instituciones que respondieron a la emergencia fueron contactadas (Bomberos, Carabineros, SAMU, PDI y Brigadistas CONAF) y el 60% de ellas reportaron afectación en sus funcionarios, por lo que se les asignó un equipo de apoyo psicosocial.

Ya habían pasado seis días desde que llegué a mi región, seis jornadas de arduo trabajo, y antes de preparar el regreso, surgió un requerimiento para interventores que estaban en terreno (Ejército, Cruz Roja y ONG Desafío Levantemos Chile) en cuanto a capacitación en salud mental en emergencias y primeros auxilios psicológicos. Por ello, y en conjunto con el mayor German Romero, médico a cargo de salud en el campamento militar, se desarrolló una jornada de capacitación y entrega de herramientas orientadas tanto para el autocuidado de los equipos, como para acoger adecuadamente (uso PAP) las demandas de la comunidad afectada, sin dañar ni provocar una segunda agresión.





Pensando en mi despliegue al Maule, recuerdo la frase "la realidad supera a la ficción", fui testigo del dolor de no solo haber perdido enseres personales, una casa, o dos ..., sino una localidad completa; 1000 casas aproximadamente refieren los medios de comunicación.

Regresé a Santiago retomando mis planes de vacaciones, que lugar visitar, cuando ir, etc. Cosas

típicas de cada verano; sin embargo, ya no soy el mismo, mi trabajo con personas afectadas por la catástrofe me obliga a ser más humano, mejor persona, responsable profesionalmente, pregonando la importancia del cuidado de la salud mental y cómo podemos prepararnos para la próxima emergencia, sea incendio forestal, tsunami, terremoto, erupción volcánica u otra amenaza a las cuales está expuesto Chile. Cada afectado que se acerca a un completo desconocido en busca de ayuda (psicológica) cuando lo han perdido todo, es el gesto de más pura confianza. Por lo cual el psicólogo de emergencias a través de ese contacto obtiene la clave moral y humana, para acoger legítimamente esa demanda. Poniendo a disposición del que sufre, todos sus conocimientos técnicos en pro del alivio, sin embargo, el alivio solo vendrá en el que acaba de vivir el infierno, si es que nuestras técnicas son tan humanas como el vínculo...tan humanas como mirarse a los ojos

## Referencias bibliográficas

Figuroa, R., Marín, H., y González, M. (2010). Apoyo Psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metanálisis. Revista Médica de Chile, 138, 143-151. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000200001&script=sci_arttext)

Hobfoll, S. et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. Winter;70(4):283-315.

Organización de Naciones Unidas. (2014). PNUD Firma Acuerdo con red Humanitaria Chilena. Recuperado de <http://www.onu.cl/onu/tag/red-de-ayuda-humanitaria-chilena/>

# Intervención con la familia de un ciclista fallecido en accidente de circulación: Descripción del caso y conclusiones.

Juan M. Fernández-Millán  
 (Prof. Asociado Univ. de Granada. fmillan1963@gmail.com)  
 Susana Salmerón  
 Patricia Rosas  
 Luisa M<sup>a</sup> Álvarez  
 Inés Paneque  
 Lidia Salinas  
 (miembros del GIPEC)

En psicología de las emergencias es muy típico que cada intervención nos aporte aprendizaje sobre aspectos de la gestión del incidente sobre los que no se había analizado previamente (a eso se le llama experiencia), incluso, podría decirse, que el grueso de las aportaciones que se han hecho en este campo se han basado en la "buena práctica" más que en las bases teóricas, aunque éstas subyacen en la intervención. El caso que se presenta a continuación es uno de estos ejemplos. Si bien la intervención no conllevó acciones que sean extraordinarias o tan específicas que sean meritorias de resaltar (al menos para el equipo que intervino), el análisis posterior del caso sí nos permitió comenzar una discusión de algunos aspectos que pueden servir, al menos como aviso, para la intervención en futuras activaciones del GIPEC.

## Intervención durante la fase de shock

Sobre las 10:30 A.M. de un domingo, nos avisan que un ciclista ha sido atropellado a las 9:00 de la mañana aproximadamente por un conductor que iba

ebrio teniendo como resultado el fallecimiento en el acto del ciclista. El conductor se dio a la fuga y tras una persecución la policía consiguió detenerlo. La notificación a la familia (esposa) del accidente se realizó por parte de la policía por teléfono y de forma muy directa. Este aviso no sigue los cauces establecidos por el convenio que se firmó con la Consejería (petición de un profesional, 112), sino que lo realiza directamente el Consejero.

Nuestra intervención comienza en el tanatorio. Aunque los equipos se activan a las 10:35, no se desplazan al tanatorio hasta más tarde ya que nos avisan de que allí aún no hay nadie. Mientras contactamos con el coordinador de la Policía Local que nos informa a grandes rasgos de lo sucedido y cuando le comentamos que puede contar con nosotros se queja de no haberlo sabido antes ya que el padre del fallecido se había acercado al lugar del atropello y podíamos haber sido de ayuda (desde hace más de un mes estamos haciendo publicidad de nuestro convenio con la Consejería de Bienestar Social con carteles que se distribuyen a las entidades que pueden activarnos solicitándolo al 112 (Policía local, Guardia Civil, bomberos, ...))

En el momento en el que vamos al tanatorio la mujer y los padres del fallecido se encuentran en su casa, ya que los familiares de ella se encuentran viviendo fuera de la ciudad. Los niños (de 1 y 5 años) del matrimonio se encuentran con una vecina y aún no saben lo ocurrido. Los allegados nos cuentan que se va a realizar más tarde la autopsia y es mejor que vayamos en otro momento.

Por la tarde, volvemos a pasar por el tanatorio y encontramos de nuevo que solo hay amigos pero ningún familiar directo. Los amigos nos vuelven a informar que sobre las 18:00 trasladarán el cadáver y probablemente llegará la familia (mujer y padres del fallecido). Conseguimos contactar con un amigo muy directo de la familia que se está encargando de todos los trámites del momento. Nos presentamos y le explicamos lo que hacemos allí, pero nos comenta que en estos momentos no considera adecuado que estemos por como puedan reaccionar los familiares más directos ante nuestra presencia. Se resuelve explicándole que se trata de una reacción normal, que lo entendemos perfectamente y que en cualquier momento que lo necesiten se pueden poner en contacto con nosotros. Se les presentan algunas pautas y se les explica algunos problemas que pueden surgir. Finalmente, dejamos el número de contacto para una posible intervención futura.

Cuando el representante de la familia desecha la ayuda ofrecida por considerar que no es el momento adecuado para entrar en contacto con la familia más directa del fallecido (mujer y padres) se nos plantea la duda de si en estos casos la presencia del psicólogo es adecuada y si la aceptación por parte de la familia hubiese sido distinta si se nos hubiese activado para notificarles el accidente y acompañarlos al lugar de los hechos.

Al día siguiente se nos vuelve a activar (el propio Consejero) y acuden otras 2 integrantes del GIPEC al tanatorio. A las 10:30 están los padres y hermanos del fallecido, la mujer, y su madre y resto de familiares (que se han trasladado desde la ciudad en la que viven

y algunos amigos.

No presentamos a cada uno de los afectados directos. La situación tiene una elevada carga emocional. La madre del fallecido es la persona que más exterioriza sus sentimientos, al igual que su consuegra. La viuda, está más contenida aunque se ve que ha llorado y puntualmente se les escapan las lágrimas. Nos reciben de una forma adecuada y afectuosa e inmediatamente nos demandan ayuda para darle la noticia al hijo de 5 años que aún no lo sabe.

Hablamos también con una tía paterna del fallecido, está interesada en que se mejore el modo de comunicar estos acontecimientos. La escuchamos y le decimos que trasladaremos la solicitud.

La intervención con familiares en el tanatorio se basó en escucha activa, racionalización/normalización de sintomatología, refuerzo medidas de autocuidado y de herramientas personales e instrucciones y resolución de dudas para la comunicación del fallecimiento al hijo de 5 años.

Durante la intervención se constata que el apoyo social es amplio y adecuado en la forma y contenido, la expresión de sentimientos es coherente con el momento y no se aprecian síntomas que generen alarma o indicios de posibles bloqueos.

Respecto a la demanda de recomendaciones para dar la noticia al hijo de 5 años, buscamos el espacio adecuado –fuera de la sala de velatorio- y partimos de las aportaciones de la idea que tiene la viuda sobre cómo llevarlo a cabo. Reforzamos la idea de decirse en un espacio tranquilo, decir la verdad y responder a las preguntas del niño. Como son creyentes de confesión católica validamos la idea de que su padre ahora está en el cielo, pero siempre que no le diga que se lo llevaron unas ángeles por ser tan bueno (idea que aporta la abuela), explicamos que estas atribuciones no son adecuadas (posibles miedos “ los buenos se mueren”,..). Reforzamos también la idea de expresar sus sentimientos con el niño lo que permite que él también pueda expresar los suyos, y recordar

que aunque lo expliquen volverá a preguntar sobre el tema... Reforzamos sus habilidades y la confianza en que van a llevar esto de forma adecuada.

Un familiar se queja de lo inadecuado de la comunicación del fallecimiento: por teléfono estando la viuda sola en casa con los dos niños. Le decimos que trasladaremos esta queja.

Dejamos el número de teléfono y decimos que pueden llamarnos cuando lo necesiten.

Cuando el número de personas ya es muy numeroso y la situación no parece que vaya a derivar hacia un conflicto nos despedimos de cada uno de los miembros de la familia –esto permite reafirmar que todo está siguiendo el curso adecuado- y nos vamos del tanatorio

## Sesión en la fase de resolución

Doce días después del accidente, a petición de un amigo de la familia se acuerda tener una sesión con los padres del fallecido. Hasta el momento la familia había afirmado no precisar de nuestra ayuda (no estaban preparados), sin embargo, con el paso de los días y la observación de la conducta y el estado emocional de ambos cónyuges, éstos cambian de parecer y aceptan nuestra intervención.

Esta intervención se va a centrar en escuchar la situación y las preocupaciones, normalizar los síntomas, explicar el proceso de duelo y dar algunas recomendaciones para ir procesando el duelo y evitar que se convierta en patológico.

El psicólogo que acude al domicilio de los padres del fallecido comienza con un papel proactivo explicándoles que no puede evitarles el dolor, que éste es parte del proceso y que es proporcional a los buenos sentimientos y recuerdos de su hijo. Intenta con ello que cambien la imagen negativa de su estado emocional. Cuando le explican cómo están reaccionando (el padre llora constantemente a diferencia de la madre que

exterioriza menos sus sentimientos), se les explica que son dos formas “normales” de enfrentarse a una situación “anormal”. Anotar que a la madre se le detectó un tumor cerebral que le provoca ataques epilépticos. Esto es importante para comprender la inhibición de expresiones emocionales.

El padre está teniendo imágenes intrusivas. Hay que anotar que fue él el que acudió al lugar del accidente y vio el cuerpo de su hijo tendido (tapado) en el suelo y que después leyó el atestado.

La madre está muy habladora, a veces pasa de un tema a otro o se le olvida el motivo por el que empezó a explicar algo. Está preocupada por los llantos su marido. Teme que se “flagele” con ello. El padre, por su parte, afirma que no está depresivo, sino muy triste.

Se les vuelve a insistir en la normalidad y en la duración (larga) de un duelo, que se supera cuando los recuerdos son agradables y no suponen sentimientos de insoportabilidad. Además se les informa que del duelo NO se sale de forma pasiva, sino que uno tiene que ir procesándolo, sin prisa, pero sin pausa, sin convertirlo en una forma de vida, dándose permiso de seguir adelante, de ser feliz, de no avergonzarse de volver a rehacer la vida. Que superarlo no significa olvidar, sino aprender a vivir con la ausencia... y que habrá recaídas (el mes, los tres meses, el año, el aniversario, el cumpleaños, el día del padre, al abrir un cajón).

A la madre se le explica que esa falta de expresión o de “no necesitar llorar” se debe a que aún no ha aceptado EMOCIONALMENTE la pérdida de su hijo. Más adelante, durante la conversación, esta sospecha se confirma con un comentario con el que estalla: “Yo lo único que quiero es que me devuelvan a mi hijo”. Por otro lado, es posible que el miedo que tiene a sufrir un ataque epiléptico le haga inhibir sus emociones.

Otro hecho es que no ha visitado posteriormente el cementerio, aunque aduce que ella no lo hace nunca. De hecho, afirma no haber asistido a ningún entierro.

En un momento de la conversación la madre comenta que no le sirve de nada ser creyente “para lo que le ha hecho Dios”, se le hace ver que si le sirve, que tiene a alguien a quien culpar (por lo que ella ha comentado) y eso es una forma de enfrentarse a la pérdida. Se les sugiere que cuando pase un tiempo deben cambiar la pregunta “¿Por qué?” que no tiene respuesta, por la de “¿Para qué?” que sirve para dar sentido a lo ocurrido<sup>1</sup>.

La forma en la que está superando la situación es abrazándose a una sudadera de su hijo a la que acaricia mientras se queda dormida. Al respecto, se le dice que si le sirve para descansar y sentirse mejor, siga haciéndolo.

Para pasar al tema de ir superando el duelo, se les sugiere que poco a poco deben volver a hacer, en la medida de lo posible, su vida. Para ello se les pregunta por lo que han dejado de hacer.

El padre comenta que no sale a dar su paseo matinal y no escucha la radio al acostarse. La madre que no va a yoga. Se les propone que vayan planteándose “permitirse” hacer estas cosas, ello les servirá para ir procesando y no estancarse en el duelo. No tienen que hacerlo al día siguiente, pero si en breve, en el momento que se crean capaces y sin tener en cuenta qué pensarán los demás.

Respecto a las imágenes intrusivas que padece el padre y se le pide que piense en la peor (“el cuerpo de su hijo bajo la manta de aluminio en la carretera”) y, después, en un buen recuerdo (“los desayunos hablando del trabajo”) y se le sugiere que cuando se dé cuenta que “se le ha colado” una idea intrusiva, la cambie por ese recuerdo lo más vivido posible.

Para la madre acordamos que la siguiente semana volverá a su trabajo (está de baja por el tumor) para hablar con sus compañeras (“que se lo merecen”).

<sup>1</sup> Simón Álvarez, hijo de María Belón, superviviente del Tsunami de 2004 en Tailandia, le preguntó a su madre, que estaba llorando, el porqué lo hacía. Ella le contestó que porque no entendía por qué ellos habían sobrevivido y otros no. Simón le contestó que no volviera a hacerse esa pregunta si no tenía respuesta. Más tarde le dijo que no se preguntara por qué, sino PARA QUÉ. [http://www.telecinco.es/t5cinema/cine-2012/lo-imposible/Especial-Imposible\\_2\\_1894230166.html](http://www.telecinco.es/t5cinema/cine-2012/lo-imposible/Especial-Imposible_2_1894230166.html)

Se termina la sesión explicándoles que pueden llamarnos cuando quieran para resolver cualquier duda.

## Conclusiones del grupo.

Después de las intervenciones explicadas en el documento, el grupo de miembros del GIPEC mantuvo una sesión para analizar la efectividad de dichas acciones.

Como primera conclusión aparece la pérdida de efectividad y la dificultad para conseguir la aceptación de nuestra ayuda si no se está desde el principio, es decir, desde la notificación del accidente. Acinas (2006) advierte de lo interesante que es la intervención en crisis en el propio lugar del accidente para resolver las dificultades asociadas, quejándose de que se descuida o se considera menos importante la atención psicológica en estas circunstancias.

Por su parte Nevado, Losada, Martínez, Hernández-Coronado, Fouce y Lillo, (1998) realizaron una investigación para conocer la valoración que se realizaba sobre los servicios de emergencias en accidentes de tráfico, encontrando que casi dos tercios de la muestra valoraban positivamente la actuaciones que podían realizar los psicólogos. Más concretamente el 65,30% creían que los psicólogos eran las personas especializadas idóneas para informar a los familiares.

La segunda es que la efectividad y la amplitud de la intervención en el tanatorio (en casos de implicación unifamiliar) es muy limitada. Se trata de un momento de recogimiento en el que los más afectados rechazan ayudas externas de desconocidos. Ello se debe en parte, también, al estado cognitivo en el que la atención está tan focalizada e interiorizada que no se llega a comprender en qué consiste dicha ayuda. Fernández-Millán (2013) advierte del carácter íntimo de estos momentos y de la necesidad de respetarlos.

Por ello, pensamos que en esos momentos debemos



limitarnos a darnos a conocer y a dejar claro que más adelante pueden contar con nuestra ayuda para desahogarse emocionalmente, resolver dudas o asesorarse en cómo tratar a otros afectados (sobre todo niños o ancianos).

Esta labor será más efectiva si se realiza a través de familiares menos afectados o amigos.

Con los familiares más cercanos, si se llega a intervenir debemos limitarnos a empatizar, aclarando que no podemos eliminar su dolor, que es parte del duelo, de la pérdida y que no podemos llegar a comprender del todo ese dolor, porque es durísimo.

Acudir como expertos con soluciones o expresando nuestra capacidad para conocer lo que sientes es, a nuestro entender, una equivocación que provoca rechazo en nuestros afectados.

Aunque el GIPEC tiene como marco de actuación la fase de impacto y postimpacto inmediato, en ocasiones, en esa inmediatez los afectados están menos o nada receptivos a aceptar nuestra ayuda y es en una fase de postimpacto tardío (como en la última sesión) cuando pueden y quieren aceptar nuestra ayuda. Se puede argumentar que en esa fase (fase de reacción, resolución o de vuelta a la normalidad) son los

psicólogos clínicos los que deben intervenir, pero ante esto hay varios argumentos que exponer. El primero es que es al psicólogo de emergencias, que ha estado en los primeros momentos haciéndose significativo a los que acuden. Si la respuesta que reciben es que en esos momentos ya no pueden ayudarles y que deben acudir a otro profesional, puede producirse una pérdida de confianza hacia la figura del psicólogo en general muy acusada. Por otro lado, para conocer y tratar los síntomas asociados a la catástrofe, es el psicólogo emergencista el que está más preparado y por último, recomendar acudir al psicólogo clínico a una persona psicológicamente estable y sana que precisa de asesoramiento ante una situación anormal y un proceso de duelo, es psicopatologizar al sujeto.

Todas estas conclusiones son cuestionables y discutibles. Además, serán las características peculiares de cada caso las que "obligarán" a realizar una u otra intervención.

Lo que sí debe de quedarnos patente es la necesidad de un análisis y discusión a posteriori que nos permita hacer "aflorar" estos matices para mejorar en nuestra labor y compartir nuestra experiencia con otros profesionales. Limitarse a realizar la intervención es desperdiciar una oportunidad de aprendizaje.

## Referencias bibliográficas

1. Acinas, P. (2006). Intervención psicológica en accidentes de tráfico Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna; 33(1):15-22
2. Fernández-Millán. J.M. (2013). Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes. Madrid: Pirámide
3. Nevado M, Losada D, Martínez R, Hernández-Coronado A, Fouce G, Lillo A. (1998) Valoración de la calidad de un servicio de intervención en emergencias cotidianas de una gran ciudad española, con respecto a accidentes de tráfico. Clínica y Salud; 2:489-508.naturales: Terremoto y Tsunami en Chile? Folleto Informativo. Holanda. Febrero. Disponible en: [http://www.centromip.cl/especiales/reconstruirmos/documentos/Afrontamiento\\_desastres.pdf](http://www.centromip.cl/especiales/reconstruirmos/documentos/Afrontamiento_desastres.pdf) .

# VIOLACIONES GRAVES A DERECHOS HUMANOS: Consideraciones éticas para la atención y acompañamiento psicosocial a víctimas de VGDH.<sup>1</sup>

## *SERIOUS VIOLATIONS TO HUMAN RIGHTS: Ethical considerations for the care and psychosocial accompaniment to victims of VGDH*

José Manuel Bezanilla<sup>2</sup>

Ma. Amparo Miranda<sup>3</sup>

### Resumen

En el presente trabajo, hacemos un acercamiento reflexivo a algunos principios que fundamentan la praxis ética en el marco de la construcción del "MODELO MEXICANO DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL", nos fundamentamos en la ética de la liberación propuesta por Dussel (1988), teniendo como fundamento ontológico el ejercicio de la libertad y epistemológico el del encuentro inter humanos; teniendo como imperativo ético el garantizar la vida y desarrollo humano, materializándose este mediante el reconocimiento de las víctimas como "sujetos" bio-psico-socio-histórico-culturales. Retomamos los principios de "Primum non nocere" y "Res sacra miser" para guiar en todo momento nuestra praxis ética; de igual manera, advertimos sobre los riesgos del saber que se desarrolla en torno a las víctimas y el riesgo presente en torno a que se establezcan como un saber disciplinario (Foucault) al servicio del "Biopoder". Concluimos, afirmando que desde el despertar de la conciencia crítica, es un imperativo ético existencial, poner el "saber" PSI, al servicio de las víctimas y las familias que han enfrentado la violencia social y las

Violaciones Graves de Derechos Humanos, lo que nos lleva a implicarnos existencialmente buscando siempre el reconocimiento de la dignidad de las personas y su fortalecimiento individual, familiar y colectivo.

**Palabras clave:** ética, psicosocial, acompañamiento, víctimas, derechos humanos

### Abstract

In the present work, we make a reflexive approach to some principles that base the ethical praxis in the framework of the construction of the "MODELO MEXICANO DE ATENCIÓN Y ACCOMPANYOUS PSICOSOCIAL", based on the liberation ethic proposed by Dussel (1988), having As an ontological foundation the exercise of freedom and epistemological inter-human encounter; Having as an ethical imperative to guarantee life and human development, materializing this through the recognition of victims as bio-psycho-socio-historical-cultural "subjects". We return to the principles of "Primum non nocere" and "Res sacra miser" to guide our ethical praxis at all times; In the

1 **NOTA: El presente constituye el resultado de una investigación personal, y de ninguna manera representa una postura institucional.**

2 Psicólogo, Doctor en Ciencias para la Familia, Psicoterapeuta de Grupos y Psicodramatista Clínico, Fundador y Director General de Psicología y Educación Integral A.C. ([PEI.AC](http://PEI.AC) [www.peiac.org](http://www.peiac.org)), Fundador de la Revista Internacional PEI, Psicólogo Clínico y Visitador Adjunto en la CNDH México. [jjmbezanilla@peiac.org](mailto:jjmbezanilla@peiac.org)

3 Psicóloga, Maestra en Psicología Clínica, Directora de Servicios Clínicos de [PEI.AC](http://PEI.AC) y Directora de la Revista Internacional PEI, Docente Investigadora de la Universidad del Valle de México Lomas Verdes y la Universidad Bancaria de México. [amparo.miranda@peiac.org](mailto:amparo.miranda@peiac.org)

same way, we warn about the risks of the knowledge that develops around the victims and the present risk around being established as a disciplinary knowledge (Foucault) in the service of "Biopoder". We conclude by stating that since the awakening of critical awareness, it is an existential ethical imperative to put *PSI* "knowledge" at the service of victims and families who have faced social violence and serious violations of human rights, which leads us to become involved in existence, always seeking the recognition of the dignity of people and their individual, family and collective strengthening.

**Keywords:** ethics, psychosocial, accompaniment, victims, human rights

## Resumo

Neste artigo, fazemos uma abordagem ponderada a alguns princípios subjacentes a prática ética no âmbito da construção do "MODELO MEXICANO DE CUIDADOS E APOIO PSICO-SOCIAL", argumentamos sobre a ética da libertação propostos por Dussel (1988), tendo como fundamento ontológico do exercício da liberdade e a inter encontro humano epistemológica; tomando-se como um imperativo ético para garantir a vida e desenvolvimento humano, materializando esta através do reconhecimento das vítimas,-psico-sócio-histórico-cultural bio "sujeitos". Voltamos aos princípios de "Primum non nocere" e "Res sacra avarento" em todos os momentos para orientar a nossa prática ética; Da mesma forma, advertiu sobre os riscos do conhecimento que se desenvolve em torno das vítimas e apresentam risco torno estabelecidos como um conhecimento disciplinar (Foucault) no serviço de "biopoder". Conclui-se, afirmando que, desde o despertar da consciência crítica, é um imperativo ético existencial, colocar os "saber" *PSI*, vítimas que servem e famílias que têm enfrentado a violência social e violações graves dos direitos humanos, que nós leva a envolver-se existencialmente sempre buscando o reconhecimento da dignidade e individual, familiar e fortalecimento da comunidade.

**Palabras-clave:** ética, apoio psicossocial, as vítimas, os direitos humanos

## Introducción.

La ética desde una perspectiva filosófica, se enfoca en los principios, mientras que la moral se encarga de la valoración pragmática del comportamiento en un contexto determinado, señalando el Diccionario de la Real Academia Española<sup>4</sup>, que la ética se relaciona directamente con las obligaciones del sujeto, mientras que la moral es relativa al "bien" y el "mal".

Lo moral, deviene de un código explícito o implícito, reglas y su consecuente coerción si llegara a incumplirse con este; se enfoca en el enunciamiento del ideal del comportamiento, es una imposición de preceptos contra la "naturaleza" instintiva del hombre. Mientras que lo ético, no opera con base en mandamientos externos, implicando del "sujeto" un actuar consciente y cargado de responsabilidad, derivado del mantenimiento de una relación con sí mismo, que no puede subordinarse a un mandamiento externo (Sampson, 1998).

Es por esto, que la ética, se inserta en el devenir existencial conformándose como un ejercicio permanente de elección, en lo referente a las relaciones con el "Sí", el mundo y el "Otro".

Considerando Sampson (*idem.*), que el sujeto ético, es el sujeto del inconsciente, a partir de que este asume la inserción de su deseo en la unicidad de su existencia y sus condiciones, por lo que se conforma como un imperativo que insta a asumir la propia verdad como condición para la causalidad dentro de un contexto histórico en devenir (Estrda-Mesa, 2016).

Refiere Aprenda (s/a), que para la construcción de un sujeto ético, es condición *sine qua non* la capacidad y posibilidad del ejercicio de la libertad, con relación al gobierno se "Sí" y el propio devenir; por lo que la libertad, es el fundamento ontológica de la ética.

4 <http://www.rae.es/>

## La ética de la liberación.

Siguiendo el pensamiento de Dussel (1988), retomaremos al ejercicio de la libertad como fundamento ontológico de nuestra postura ética para la atención y acompañamiento psicosocial a víctimas de violaciones graves de derechos humanos (VGDH).

Planteando el autor, que el principio de "eticidad", deviene del imperativo de la reproducción y desarrollo de la vida, entendiéndolo como el único criterio de "verdad"; por lo que los tiempos actuales atentan contra este a partir de las condiciones de violencia y victimización estructural<sup>5</sup>, en los que un significativo número de seres humanos, son víctimas de estas, al estar sumidas en la pobreza, exclusión y vulnerabilidad.

Es como, el sistema utópico global neoliberal vigente, se descubre y sostiene a la luz de los millones de víctimas que genera, que se encuentran alienados de la posibilidad de realizar lo que el mismo sistema postula como "derechos"; por lo que desde el mismo principio de "positividad ética" de la vida, las condiciones de violencia estructural y sus consecuencias, cobran un sentido "anti-ético" cabal. Es por ello, que la "víctima", el "otro" excluido, alienado, aparece como un capital fetichizado, como una "no-verdad" totalizada desde un juego perverso de simulación.

El punto de arranque, deviene de la contradicción que produce la corporalidad del sufriente excluido y dominado, lo que al entrar en contradicción explícita, engendra el surgimiento de la "consciencia crítica", a partir de que el dolor es generado por los poderosos; la miseria, se refleja en la riqueza de unos cuantos; donde sobre los huesos y polvo de los antepasados y los hijos, se construyen las casas de los "grandes"; donde la mesa de pocos, se llena con el vacío en el

5 La violencia estructural se entiende como una privación elemental de necesidades humanas, que se encuentra presente de manera continua y sistemática mediante la organización y funcionamiento de las instituciones (Pérez-Mendoza, 2013), con una amplia capacidad para confundir a los individuos, debido a su complejidad invisible (Parra y Tortosa 2003)).

estómago de muchos; donde los lujos se sostienen en la pobreza; donde la salud de los menos, proviene de la muerte de los más; la sabiduría se nutre de la ignorancia y la paz de unos proviene de la guerra en el espíritu de los más (EZLN 1994).

Es a partir de esto, que entendemos que el "sujeto-ético-víctima", se encuentra oprimido y excluido a consecuencia de las condiciones generadas por la violencia estructural imperante, conformándose un principio "crítico-ético", que se enuncia en favor de la reacción "in actu", ya que a las víctimas, se les ha negado la posibilidad de vivir de manera libre y plena, por lo que se obliga y compromete a regular la bondad del sistema opresor, a actuar creativa y co-solidariamente para transformarlo.

Este imperativo ético de garantizar la vida y el desarrollo de lo humano, demanda el "encuentro", mediante el reconocimiento del "Yo-Tú" (Buber, 1998), que es anterior a la razón dialógico-discursiva, y está en el origen fundamental del proceso transformatorio, por lo que esta consciencia ética, se establece, desarrolla y cumple, antes que nada en el mundo interno del sujeto. Esa consciencia crítica, deviene a partir del reconocimiento de los "excluidos" en situación de "víctimas", se explicita a partir de la revisión *dialógico-reflexivo-científica* y toma un valor existencial-histórico-práctico al retornar con un impulso conscienciatorio a las bases de la sociedad, estableciendo redes de comunicación *anti-hegemónicas* para la construcción de una realidad social horizontal para todos, ya que como menciona Dussel (1988), "[c]uando la mayoría de un pueblo está excluido y dominado, el principio de universalidad cambia de sujeto, y desde la comunidad, pasa a ejercerse por el discurso anti-hegemónico de los excluidos".

La materialidad de este imperativo ético, se manifiesta mediante el reconocimiento de la dignidad de las víctimas como "sujetos", y toma su forma a partir del *re-conocer* la imposibilidad de ellos de vivir en libertad a partir de la sujeción que generan las cadenas sistémicas hegemónicas que los mantiene

excluidos, esto genera la obligación existencial “*in acto*” a la responsabilidad, de buscar las causas de la victimización de este “Tu”, a generar y proyectar alternativas y causas para transformar la realidad; esto es lo que Dussel llamo “*liberación*”.

La praxis de la liberación, que indica la realización de la vida, producirá un desarrollo histórico, que implicará la de-construcción del sistema en el que las víctimas y los excluidos se mantienen borrados, construyendo nuevas normas, actos e instituciones éticos (lo que inevitablemente, generará nuevos excluidos). Esta praxis, convoca a la responsabilidad sobre la inclusión participativa de aquellos que no pueden reproducir su vida simétricamente, para de-construir de manera negativa, los discursos, estructuras e instituciones que originan el borramiento y la negación material de las víctimas, es decir, emprender las acciones que estén a su alcance para dismantlar aquellos dispositivos disciplinarios y de biopoder (como menciono Foucault), que sostienen la violencia estructural, y para de manera positiva, desarrollar y co-construir aquello que permita vivir a todos humanamente, con participación simétrica libre y efectiva.

Es por esto, que desde nuestra perspectiva, consideramos que la postura ética con relación a (la vida y) los procesos de atención y acompañamiento psicosocial, devienen en lo nombrado por Dussel “*ética de la liberación*”, que considera que aquellos que se encuentran en una situación de victimización, estos “otros” borrados, objetivados, oprimidos en la dinámica del sistema hegemónico, sirven desde ese lugar como sostenes de “este” que los mantiene ahí.

De ahí que nuestra postura ética, parte fundamentalmente del encuentro a partir del reconocimiento con el otro negado, para que intervenga como sujeto libre dentro del discurso histórico, posibilitando la afirmación plena y positiva de su cultura, como la responsabilidad *a priori* por y con el otro, que inevitablemente lleva al punto de quiebre del principio opresor del discurso; esto se conforma como el momento de consciencia en el “encuentro” con el otro; un encuentro “Yo-Tu” o

como Dussel (ídem.) lo nombro un “*ejercicio de razón ética originaria*” este encuentro, abre el campo de las posibilidades emancipatorias y de transformación.

Es en este punto, donde podemos delinear nuestra perspectiva con relación a lo que consideramos la “Mirada Psicosocial”, ya que la asumimos como ***una toma de posición ética y existencial, de compromiso hacia la acción y el encuentro para la transformación social, con las víctimas, familias y comunidades que han enfrentado la violencia sociopolítica y violaciones graves de derechos humanos.***

La praxis de la atención y acompañamiento psicosocial implica solidez de los referentes teóricos y técnicos, por lo que ante el ya señalado reconocimiento de la situación de fragilidad, vulnerabilidad y exclusión de las víctimas, se reconoce igualmente el potencial de fortalecimiento y dignificación que poseen.

Su dignidad reclama que realicemos todo lo que sea necesario para su fortalecimiento, autonomía racional y afectiva, por lo que para cualquier acción, debemos colocarlos en el centro de los procesos de atención, acompañamiento y reparación.

Este es el fundamento de nuestra praxis ética (Etxeberria-Mauleon, 2008), para la atención y acompañamiento psicosocial de personas en situación de victimización, lo que permitirá la construcción de puentes intersubjetivos y lógicas colectivas (Fernández, 2012), es por lo que estos procesos, se insertan en el poder de lo social, ya que los procesos transformatorios, resultan del trabajo conjunto entre las víctimas, los acompañantes, las instituciones y sus agentes, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

Uno de los elementos que resultan fracturados ante situaciones de violencia social y violaciones a derechos humanos (además de la vida), es la confianza básica en el otro, y en las instituciones estatales, por lo que una de las principales tareas de los acompañantes intervinientes, es la intermediación para la paulatina



reconstrucción y fortalecimiento de esta, lo que tiene su fundamento en la verdad, justicia y libertad.

## Principios para la Praxis ética.

Para la Praxis de la atención y acompañamiento psicosocial, que pongan en el centro de los procesos a las víctimas, reconociendo su dignidad y libertad, resulta fundamental acoger los principios ancestrales de la ética médica y las ciencias de la salud.

En todas y cada una de las acciones que se realicen por la atención y acompañamiento psicosocial, es fundamental conservar el principio de "*Primum non nocere*" (Ante todo no hacer daño), o buscar bajo todos los medios y con todos los recursos el "bien" de las personas y familias con que se tenga contacto. Para el logro de lo anterior, el clínico deberá adherirse a los siguientes principios (Etxeberria-Mauleon, 2008):

- a) La dignidad del acompañado: "*Res sacra miser*" (quien sufre es sagrado) entendemos que las personas que han vivido y enfrentado VGDH, enfrentan un profundo dolor y sufrimiento que si bien puede ser físico, cala lo más profundo del alma, es por ello, que se les debe tener siempre en el centro durante los procesos de atención y acompañamiento psicosocial, al considerarlos como sujetos de una racionalidad libre para tomar decisiones vitales que merecen todo nuestro respeto y cuidado, para no ser atropellados por nuestro poder disciplinario y discursos de poder científico.
- b) Justicia social: Tratar por todos los medios, que las comunidades, grupos, familias y personas con que se trabaje, tengan de manera equitativa la posibilidad de ejercer de manera libre sus derechos humanos, que cubran sus necesidades con base en sus cualidades específicas de edad, género, raza, cultura y religión.
- c) Responsabilidad: como se menciona más abajo, implica la asunción de la realidad en la que

accionamos, la de las personas que acompañemos, buscar transformarla y dejarnos transformar por ella.

La actitud responsable (Etxeberria-Mauleon, 2008), ante la praxis de la atención y el acompañamiento psicosocial, implica, hacerse cargo de la realidad del clínico acompañante y de las víctimas que se acompañan, cargar con la realidad, encargarse de ella y dejarse cargar por esta.

Hacerse cargo de la realidad, se refiere a que en primera instancia el clínico acompañante a partir de su proceso de trabajo personal, tiene consciencia de su situación, condición, carencias y recursos, para poder establecer de la manera más libre, transparente y directa posible el vínculo con las personas que se pretende atender y acompañar, además de haber realizado una investigación o exploración previa de las características socioculturales y personales de los receptores de su trabajo, para partir del respeto y reconocimiento básico.

Cargar con la realidad, establece que desde el compromiso *ético-existencial*, se asuman las implicaciones y dificultades que puede significar el proceso de atención y acompañamiento con las víctimas, reconociendo esto como una expresión del "encuentro" interhumano y su devenir.

Con encargarse de la realidad, nos referimos, a la puesta en marcha de todos los recursos psíquicos, físicos, intelectuales, relacionales y materiales, para detonar las condiciones y procesos que permitan la transformación de esta en las dimensiones comunitaria, familiar e individual de las personas con que nos encontremos; esto fortaleciendo la dignidad, libertad, verdad, justicia y desarrollo de la vida.

Dejarse cargar por la realidad, nos insta a que mediante el compromiso y el encuentro, dejemos que los procesos de transformación que se detonen, nos transformen en cuanto a sujetos y nuestra relación con el mundo y los otros, entendiendo que solo mediante el dar mutuo, es que se recibe.

Las personas en situación de victimización que son el centro de nuestro actuar, tienen su porción de responsabilidad para moverse de ese lugar, en el sentido del compromiso con el proceso y lo que este implica, lo que paulatinamente las llevara a hacerse cargo de su realidad, cargando con ella de manera propositiva para llegar a otro estadio vital y existencial.

La praxis ética, siempre debe realizarse de manera contextualizada y remitiéndose a un componente prudencial, entendiendo esta como la virtud del juicio y la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre y que se pueden seguir distintos caminos de acción.

El actuar prudentemente, implica que el clínico-acompañante, tenga claridad de su postura, la situación de las personas con que trabaja y las condiciones del encuentro; solo así se tendrá un alto grado de probabilidad de éxito al elegir una ruta de acción que sea eficaz para los implicados; asumiendo conscientemente los posibles efectos que esto puede generar; retornando nuevamente a la prudente responsabilidad.

Como fundamento de la prudencia, habría que remitirse a la búsqueda del máximo "bien" y el principio adecuado, conociendo lo más amplia y exactamente posible las circunstancias *bio-psico-socio-histórico-culturales* en que se actúa, intuyendo las consecuencias de las acciones emprendidas, procurando anticiparse y hacerse cargo de estas.

Los procesos de atención y acompañamiento psicosocial, deberán estar enraizados en una "*valiente prudencia*", algo que se descompone ante el miedo y la angustia derivada de la "pusilanimidad" de la "seguridad" con respecto a las personas y los colectivos, a partir de la cual, se sella el estigma instrumental; esto no implica el arrojamiento desmedido, o el atropello sin sentido, sino que mediante el compromiso e imperativo de la consciencia ética, el clínico acompañante busque por todos los medios (sin violentar la voluntad de las víctimas ni la ley), que se cumpla el objetivo dignificante y liberador.

Entendiendo que todas las acciones desarrolladas en este contexto, implican además de los componentes técnicos y clínicos, la dimensión de lo humano, que se pone en juego mediante el reconocimiento existencial y las cargas afectivas que se generan a partir de las relaciones "Yo-Tu"; es por ello, que se apuesta por la construcción y surgimiento de un "*afecto ético*", que emerge mediante el encuentro en el sufrimiento con el objeto del fortalecimiento del sujeto y su dignidad.

El afecto ético, reconoce la grandeza de lo humano en las víctimas, en cuanto a sujetos de dignidad, así como la fragilidad que nuestra propia condición conlleva; admirando su fortaleza y cualidades para generar procesos de aprendizaje enriquecimiento mutuo; e indignación ante las situaciones de violencia estructural, institucional y social que resultan revictimizantes y mantenedoras de la situación de exclusión, vulnerabilidad y borramiento.

## Advertencia sobre el biopoder y lo disciplinario.

Entendemos que la propuesta de este modelo, puede constituirse como un saber sobre los procesos y las emociones de las víctimas, pero de ninguna manera pretendemos que se convierta en una disciplina que como mencionó Foucault, pretenda normalizar a las víctimas, sus acciones y devenir.

Al surgir este modelo de la consciencia crítica y la ética liberadora, debe en todo momento ser un elemento para el desarrollo del cuidado de "Sí" de las personas que con él se atiende, resistiéndose en fungir como un instrumento al servicio del biopoder, que coloque los discursos normalizadores siempre por debajo de la libertad y el reconocimiento del otro.

## Reflexionando

El componente ético de un modelo que pretenda poner el saber *Psi* al servicio de las víctimas y familias

que se han enfrentado a la violencia social y VGDH, es un pilar que soporta todas las acciones y concepciones de este, que parte de la consciencia crítica de la violencia estructural que enfrentan permanentemente aquellos que se encuentran en situación de exclusión, y trasciende por mucho los aspectos morales y preceptivos.

Es por ello, que asumimos una posición ética, que nos implica existencialmente como sujetos en pos del "encuentro" con y por los "otros", partiendo para esto del reconocimiento de su naturaleza como seres

humanos sufrientes, pero que de ninguna manera han perdido su dignidad intrínseca, ni su potencia trascendental.

Siendo que a partir de este encuentro en, por y para la libertad, buscaremos que nuestras acciones incidan en el fortalecimiento de las víctimas y sus acciones, para que paulatinamente y mediante su organización, desarrollen las habilidades, cualidades y conocimientos que les permitan reconocer, sumir y transformar su realidad y contexto histórico.

## REFERENCIAS:

- Apreda, G. (s/a) *La concepción del sujeto en Michel Foucault*. Consultado en <http://www.borroмео.kennedy.edu.ar/articulos/sujetofoucaultapreda.pdf> el 21 de septiembre de 2016 a las 15:00 horas.
- Buber, M. (1998) *Yo y Tú*. 3er Edición, Capamos Editores, Madrid.
- Dussel, E. (1988) *La ética de la liberación: ante el desafío de Apel, Taylot y Vattimo con respuesta crítica inédita de K.O. Apel*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Ejército Zapatista de Liberación Nacional [EZLN] (1994) "Entramos otra vez a la historia" en *La Jornada* (México), martes 22 de febrero (1994), p.8; Chiapas, México.
- Estrada-Mesa, D. (2016) *La medicina antigua: Una ética existencial en Michel Foucault*. Revista Praxis Filosófica, No. 42 Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Etxeberria-Mauleon, X. (2008) *Perspectiva ética de la práctica de rehabilitación psicosocial*. Revista Norte de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. No. 32, Vol. 7, España.
- Fernández, A. (2012) *Lógicas colectivas, psicoanálisis y biopolítica*. Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.
- La Parra, D y Tortosa, JM. (2003) *Violencia estructural: una ilustración del concepto*. En Documentación social 131, Caritas Española, España.
- Pérez-Mendoza, A. (2013) *Violencia estructural de estado y adolescentes en México*. Revista Rayuela, No. 9, México.
- Sampson, A. (1998) *Ética, Moral y Psicoanálisis*. Revista Colombiana de Psicología. No. 7, Colombia.

## **Primeros Auxilios Emocionales PAE(\*): SABER HACER**

Lic. Judith Bogomolny<sup>1</sup>

A veces y muchas veces uno cree que todo lo sabe, que todo lo puede, sin darse cuenta quizás que las herramientas con las que cuenta no son las suficientes para ese tipo de terreno.

A veces y muchas veces cuando uno llega al lugar del evento catastrófico se encuentra/ desencuentra con personas que por la función que cumplen en ese momento, ávidas de dar respuesta desde el deber hacer para luego llegar a ser el que lo hizo, el que pudo, el que estuvo, están haciendo impulsivamente lo que suponen que hay que hacer, dando respuestas y cubriendo baches de manera transitoria y sin querer por no saber o creer saber...HACEN! Hasta que el suceso pasa...y a veces dejan así un terreno árido, seco en emociones, seco en respuestas, triste y desolado como la catástrofe acontecida...

Ocurre también el encuentro/desencuentro con el personal de primera respuesta que muchas veces ofrece resistencia a la llegada de los equipos PAE porque desconocen de que se trata, porque de algún modo los involucra y no es fácil involucrar ME. Si es lindo y poderoso manejar al otro vulnerable debido a su condición de persona afectada, debido a su

condición de víctima, no teniendo en cuenta que YO, personal de primera respuesta también soy víctima de tercer nivel (\*\*).

Cuando uno sabe, porque se formó, se capacitó, se entrenó con lo propio y con lo ajeno en las posibilidades y limitaciones de acuerdo a su momento histórico actual, puede intervenir en situaciones de catástrofes con mayor disponibilidad, con mayor calma, con mayor placer, sabiendo que observa, lee, escucha, siente lo propio y lo ajeno y desde allí usa un lenguaje corporal, gestual y verbal adecuado. Genera también por el entrenamiento que tiene EMPATIA. Así uno puede avanzar en terreno seguro, terreno seguro emocional y terreno seguro físico y social para guardar coherencia en la concepción humana biopsicosocial. Es importante tener en cuenta dicha concepción ya que ideológicamente uno actúa desde este paradigma y ve el equilibrio/ desequilibrio/ reequilibrio desde allí. Así podemos transformar lo árido en fértil, en lo emocional, en las respuestas, sembrando una semilla de esperanza luego del suceso acontecido.

Los PAE tienen efectividad solo si se cree en ellos como modelo de intervención y se entrena para que así sea.

<sup>1</sup> Miembro del Equipo Técnico del Centro Terapéutico Integral de la Prov. de Catamarca. Argentina.  
Terapeuta con formación Gestaltica y Cognitiva  
Especialista en Primeros Auxilios Emocionales  
Miembro RED PAE  
Coordinadora del equipo PAE Catamarca  
[Judith.bogomolny@outlook.es](mailto:Judith.bogomolny@outlook.es)

La efectividad tiene que ver con muchas ramas que nacen de este tronco que se sostiene en raíces que al día de hoy en Argentina son RED, pequeña palabra que contiene y sostiene tanto y a tantos. Esas ramas del tronco PAE son las que se sostienen con el entrenamiento en la información, con la condición humana, con la excelencia de respuesta, con el profesionalismo, con la apertura e inclusión de diferentes disciplinas, experiencias y vivencias, con la anticipación, con la organización, con la aplicación de técnicas de descarga emocional para uno, para el equipo y para otros, con las herramientas concretas, con los protocolos y su diseño, con el conocimiento y la comprensión cultural y espiritual de las personas, con la mirada, con el contacto, con el lenguaje apropiado, con la disociación emocional e instrumental, etc.

Cuando uno trabaja en RED se siente sostenido.

Cuando uno trabaja para una RED se siente comprometido.

Cuando uno se muestra en red comparte, vivencia, sugiere, opina, acompaña, etc.

Mas allá de la cercanía física, en una RED siempre hay otro y otros que a partir de un relato o un escrito escuchan, miran, opinan, reconocen, contienen, etc.

Cuando uno deja de compartir, de formarse, de construir... fácilmente cae sin darse cuenta en la omnipotencia, creyendo que todo lo sabe y que todo lo puede, o en la impotencia, creyendo que no puede nada o poco y que lo que sabe o puede no alcanza...Ya adultos, con oficio o profesión no estamos exentos de que esto nos suceda. PAE es una herramienta de vida propia y para los otros, contiene el autocuidado y el cómo cuidar profesional y humanamente a otros. Pero siempre necesitamos de otros, se implica en nuestra condición de SER SOCIAL.

Asimismo confiar, creer en uno mismo y darle esa confianza o esa creencia a otro es lo que devuelve

el control en uno mismo cuando este ante un hecho irruptivo sabia y humanamente se pierde. Desde la excelencia profesional PAE uno cuenta con herramientas para ayudar al que lo necesita en un tiempo y momento determinado para que luego cada uno, el que asiste y el asistido sigan su propio camino.

PAE es una elección, se hace PAE a conciencia, con registro, con lo que uno piensa, siente y hace construyendo y creciendo desde lugares inimaginables. La creatividad juega un lugar preponderante desde el descubrimiento de lo propio y desde el disfrute de lo que uno hace porque quiere y le gusta, mas allá de un título habilitante que ayuda pero no alcanza. Es el ejemplo de una catástrofe natural ocurrida en una localidad de la provincia de Catamarca, a 40 Km de la ciudad capital donde en enero 2014 hubo un alud\*\* que arrasó con gran parte de la misma llevando gran pérdida material, muchísimas víctimas de los 5 niveles y 13 personas fallecidas. En ese entonces el Colegio de Psicólogos de la Provincia convocó a todos los profesionales a acompañar a las personas afectadas, a los familiares de las víctimas heridas, fallecidas, en velorios y en reconocimiento de cadáveres, desconociendo quizás la existencia de protocolos y formación. Muchos profesionales sintieron la obligación de que siendo psicólogos debían ir, muchos acudieron creyendo estar preparados por tener un título habilitante y muchos otros no fueron... El resultado fue que muchos psicólogos quedaron afectados convirtiéndose ellos en pacientes, muchos otros quedaron aterrados sin querer vivir nunca más una situación así...el personal de emergencia médica quedo sin comprender que sucedía y las familias afectadas quedaron muchas sin recibir la intervención adecuada. Hubo aquellos profesionales que si estuvieron disponibles y entrenados para asistir en este evento...

A veces y muchas veces la situación desborda y descontrola generando caos y confusión...

A veces y muchas veces es necesario comprender, y saber de la existencia de modelos efectivos como lo



son los PAE para gestionar intervención en crisis con profesionalismo y excelencia asistiendo de manera adecuada.

A veces y muchas veces necesitamos darnos cuenta que somos humanos, que podemos hacer mucho y no todo, que podemos permitirnos la limitación y la no disponibilidad que a veces aparece y sobre todo

que podemos confiar y creer en nosotros mismos y en otros.

A veces y muchas veces lo más saludable es creer y saber que una ciénaga se puede transformar en un campo fértil. Creer y saber que efectivamente ENTRE TODOS SE PUEDE.

## REFERENCIAS:

- Apreda, G. (s/a) *La concepción del sujeto en Michel Foucault*. Consultado en [www.borromeo.kennedy.edu.ar/articulos/sujetofoucaultapreda.pdf](http://www.borromeo.kennedy.edu.ar/articulos/sujetofoucaultapreda.pdf) el 21 de septiembre de 2016 a las 15:00 horas.
- Buber, M. (1998) *Yo y Tú*. 3er Edición, Capamos Editores, Madrid.
- Dussel, E. (1988) *La ética de la liberación: ante el desafío de Apel, Taylor y Vattimo con respuesta crítica inédita de K.O. Apel*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Ejército Zapatista de Liberación Nacional [EZLN] (1994) "*Entramos otra vez a la historia*" en *La Jornada* (México), martes 22 de febrero (1994), p.8; Chiapas, México.
- Estrada-Mesa, D. (2016) *La medicina antigua: Una ética existencial en Michel Foucault*. Revista Praxis Filosófica, No. 42 Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Etxeberria-Mauleon, X. (2008) *Perspectiva ética de la práctica de rehabilitación psicosocial*. Revista Norte de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. No. 32, Vol. 7, España.
- Fernández, A. (2012) *Lógicas colectivas, psicoanálisis y biopolítica*. Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.
- La Parra, D y Tortosa, JM. (2003) *Violencia estructural: una ilustración del concepto*. En Documentación social 131, Caritas Española, España.
- Pérez-Mendoza, A. (2013) *Violencia estructural de estado y adolescentes en México*. Revista Rayuela, No. 9, México.
- Sampson, A. (1998) *Ética, Moral y Psicoanálisis*. Revista Colombiana de Psicología. No. 7, Colombia

**(\*) PAE: Primeros Auxilios Emocionales.** Formación específica en intervenciones en emergencia y desastres desde la Psicología de la Emergencia. Los equipos PAE están entrenados para una intervención inmediata en crisis. Poseen herramientas y formación para contener, calmar e informar adecuadamente a las víctimas de un evento. En su formación está incluido el autocuidado.

**(\*\*) Clasificación de víctimas.** Primarias: Aquellas ubicadas en el epicentro del desastre. Secundarias: Familiares y amigos de las víctimas primarias. Terciarias: Personal de emergencias y rescate. Víctimas de cuarto nivel: Miembros de la comunidad que ofrece ayuda. Víctimas de quinto nivel: Personas que se ven implicadas indirectamente.

**(\*\*\*)** Alud en El Rodeo y Siján. Catamarca. Argentina. 23/01/ 2014