

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA.

Facultad De Salud.

Departamento de Psicología.



**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SOBREVIVIENTES DE LA
AVALANCHA OCURRIDA EN MOCOA-PUTUMAYO.**

Directora de Tesis:

Ph.D. Olga Mariela Mogollón Canal.

Psicólogos en Formación:

Leidy Karina Fajardo López, Jefferson Jhuniño Reyes Burgos.

Pamplona, Colombia.

2018.

Tabla de Contenido.

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Problema de Investigación.....	10
Formulación del Problema.....	10
Planteamiento del Problema.....	10
Descripción del Problema.....	11
Justificación.....	14
Objetivos.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Delimitaciones y Limitaciones.....	18
Colaboradores.....	19
Recursos disponibles.....	20
Estado del Arte.....	21
Internacional.....	21
Trastorno de estrés postraumático y sus factores de riesgo entre los adolescentes que sobreviven tres años después de un terremoto de magnitud 8.0 en China. Yali Tian, Thomas KS Wong, Jiping Li y Jiang Xiaolian. Departamento de Cirugía Cardiovascular del Hospital de China Occidental, Universidad de Sichuan Chengdu de China. (15 de octubre del 2014)	21
Crecimiento postraumático, depresión y estrés postraumático en relación con la calidad de vida de los supervivientes del tsunami: un estudio longitudinal. Johan Siqveland, Egil Nygaard, Ajmal Hussain, Richard G Tedeschi y Heredero Trond. Departamento de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Akershus, Instituto de Servicios de Salud Mental Lørenskog – Noruega. (7 de febrero del 2015)	22
Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2016 en Chile. Mariela Andrades Tobar. Universidad Complutense Madrid. (19 de agosto del 2016)	22
Nacional.....	23

Atención en Salud Mental para Víctimas de Desastres, Actividades Desarrolladas en Armero. Bruno R. Lima. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Javeriana, Bogotá – Colombia. (1987)	24
Una revisión acerca del debriefng como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático) José Manuel Santacruz Escudero. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia (2008).....	25
Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. Cristian David Osorio Yepes y Victoria Eugenia Díaz Facio Lince. Universidad de Antioquía. Medellín, Antioquía. (03 de octubre del 2012)	26
Local.....	27
Descripción de la Intervención Psicológica en el Afrontamiento de Estrés Postraumático en Militares Activos del Grupo de Caballería Mecanizado N 5 Maza. Noemí Sepúlveda, Margarita Echavarría, Henry Rojas. Universidad de Pamplona. Pamplona – Norte de Santander (2006).....	27
Reacciones Psicológicas en los adultos tempranos de Gramalote, Víctimas del Desastre Natural del Año 2010 Resiliencia vs Trauma. Nelson García y Steve Quiroga. Universidad de Pamplona, Departamento de Psicología. Sede Villa del Rosario. 2013.	28
Impacto del Conflicto Armado en el Desarrollo Sintomatológico del Trastorno de Estrés Postraumático en Soldados de la Compañía Atacador del Grupo Mecanizado Maza No. 5 que manifiestan su primera crisis. Jhonny Guevara y Gloria Martínez. Universidad de Pamplona. Pamplona – Norte de Santander. 2004.	30
Marco Teórico.....	32
Capítulo 1: Trastorno por estrés postraumático.	32
Origen.	32
Concepto.....	33
Evaluación Diagnostica del Trastorno por Estrés Postraumático mediante el DSM – V.....	34
Epidemiología.....	39
Causas.....	40
Capítulo 2: Factores Psicosociales en Desastres Naturales.....	43
Apoyo social.....	43
Red de apoyo.	44
El papel de la familia en el desarrollo del trastorno por estrés postraumático.	46
Consecuencias psicosociales.	47
El desastre psicológico.	48

Intervenciones Psicosociales como contra respuesta a desastres naturales.	49
Capítulo 3: Concepción Demográfica y Característica del Municipio de Mocoa – Putumayo. 53	
Acueductos Principales del Municipio.	53
Datos Históricos.	53
Resguardos Indígenas de Mocoa.	54
Amenazas y Riesgos prominentes.	55
Producción Agrícola.	57
Producción Pecuaria.	65
Producción Forestal.	67
Capítulo 4: Estrategias de Afrontamiento en Desastres Naturales desde la Salud Mental Positiva.	
.....	69
Concepto de Salud Mental Positiva.	69
Psicología de Catástrofes.	70
Inicios de la Psicología de Catástrofes.	71
Comunicación con los Sobrevivientes Durante el Rescate.	73
Consejos y Recomendaciones durante los Primeros Auxilios.	74
Atención psicológica en desastres naturales.	75
Intervenciones enfocadas en el tiempo.	76
Intervenciones diferentes tipos de desastres naturales.	77
Intervenciones desde el proyecto esfera.	78
Intervenciones centradas en las víctimas.	78
Pautas para la intervención psicológica.	79
Marco Contextual.	84
Marco Legal.	85
Metodología.	89
Tipo de Investigación.	89
Diseño de Investigación.	90
Población.	90
Muestra.	91
Hipótesis.	92
Categorías.	92

Definición de categorías.....	92
Variables.....	95
Definición de variables.....	95
Procedimiento.....	95
Instrumentos Cuantitativos.....	98
Técnicas Cualitativas.....	101
Protocolos y forma de recolección de información.....	104
Resultados.....	106
Análisis de Contenido.....	107
Cruce de Categorías.....	172
Triangulación de Resultados.....	176
Resultados de la Escala de Trauma de Davidson.....	195
Participante 1.....	195
Participante 2.....	196
Discusión.....	199
Conclusiones.....	206
Propuesta.....	218
Referencias Bibliográficas.....	263
Anexos.....	276
Instrumento Cuantitativo.....	276
Técnicas Cualitativa.....	277

Resumen.

La población que hizo parte del siguiente estudio, son dos sobrevivientes de la avalancha ocurrida en el municipio de Mocoa – Putumayo el 30 de marzo del 2017 a las 11:50 Pm, estando en el primer barrio que fue afectado por tal desastre natural. Por todo y esto, se analizó el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en los sobrevivientes de la avalancha de Mocoa Putumayo, mediante un estudio mixto para el diseño de un manual psicoeducativo que optimizara su estabilidad mental en un futuro, considerando que, uno de los primeros criterios de esta enfermedad mental, tiene que ver con vivenciar, experimentar o escuchar un hecho totalmente hostil, en el que la vida y seguridad del mismo se encuentra en riesgo.

En ese mismo sentido, cabe resaltar que el alcance la investigación mixta es en primer lugar de tipo descriptivo, debido a que, este alcance dentro de la investigación tiene por primicia describir de forma detallada las propiedades, características personales y psicológicas de las personas que admisiblemente están padeciendo del Trastorno por estrés Postraumático. Además, es exploratoria, puesto que, existen muchas dudas en cuanto a la forma en que el TEPT posiblemente se manifiesta en los sobrevivientes que salieron de un factor predominante en la salud mental de los mismos y las estrategias que se pueden diseñar para tratar de solventar este tipo de patologías, aparte de ello, estos estudios servirán para que otras investigaciones complementen la información que encontraran en este compendio.

Palabras claves: Sobrevivientes, avalancha, Trastorno por estrés postraumático, enfermedad mental, hecho hostil, salud mental, patología.

Abstract.

The population that is part of the following study, are two survivors of the avalanche occurred in the municipality of Mocoa - Putumayo on March 30, 2017 at 11:50 Pm, being in the first neighborhood that was affected by such a natural disaster. All and this is in the researchers analyze the possible posttraumatic stress disorder (PTSD) in survivors of the avalanche of Mocoa Putumayo, through a joint study for the design of a psychoeducational manual optimize your mental stability in the future, considering that, one of the first criteria of this mental illness, has to do with experiencing, experiencing or hearing a totally hostile fact, in which life and safety is at risk.

In the same vein, it resaltar that the scope of the joint research is primarily descriptive, because this scope within the research is scoop describe in detail the properties, personal characteristics and psychological needs of people Admittedly they are suffering from Post Traumatic Stress Disorder. It is also exploratory, since there are many doubts about the way in which PTSD possibly manifests itself in the survivors that emerged from a predominant factor in their mental health and the strategies that can be designed to try to solve This type of pathologies, apart from that, these studies will serve so that other investigations complement the information that you will find in this compendium.

Keywords: Sobrevivient is, avalanche, posttraumatic stress disorder, mental illness, hostile fact, mental health, pathology.

Introducción.

A menudo el ser humano se ha encontrado en situaciones adversas donde su inteligencia emocional e interpersonal se colocan a prueba, pero si algo es cierto, es que nunca se está preparado para afrontar algún evento hostil que marque o desequilibre su actividad mental, por este motivo, la investigación mixta con predominancia cualitativa dirige su atención hacia la tragedia que ocurrió el 30 de marzo del 2017 a las 11:50 Pm, donde la avalancha tomó la vida de un número considerable de personas que lastimosamente se encontraban habitando lugares donde este desastre natural pasó arrasando todo lo que encontraba a su paso, tal es el caso, que muchos de los sobrevivientes, percibieron cómo ésta creciente de lodo y piedras llevaba sobre sí misma personas vivas que en gritos desesperados pedían ayuda, pero, una cosa es válida afirmar, y es que ante cualquier amenaza de muerte, el ser humano coloca su vida por encima de todo, aún si esto a futuro provoca secuelas psicológicas que interrumpen la solidez mental.

A esto se añade que, la muestra intencional voluntaria que conformó la investigación se seleccionó gracias a la conveniencia que surgió, después de que uno de los investigadores, provenientes de allá, entablara una conversación con personas que experimentaron directamente el evento catastrófico, por ende, se tomó relevante su participación dentro del objetivo de la investigación, considerando que la investigación es un estudio mixto con predominancia cualitativa bajo los parámetros del estudio narrativo que se pretende ejecutar mediante una entrevista semi estructurada, grupo focal, observación participante y el test de trauma Davidson como instrumento cuantitativo, haciendo hincapié en que, los instrumentos pretenden determinar la posible presencia del trastorno por estrés postraumático, entendiendo este trastorno, como la enfermedad que surge después de que una persona se ve expuesta a uno o más eventos desfavorables que amenazan directamente la vida de ella.

Con esto se llega a que, el Municipio de Mocoa Putumayo para que aquellos que desean tener una idea, este se encuentra ubicado hacia el sur del país, rodeado de selvas boscosas, fuentes de agua natural y una extensa flora y fauna que hace de este municipio, un lugar apetecible para los curiosos. De igual modo, aún que su clima sea tropical, este municipio también recibe fuertes oleajes de invierno, que en algunas ocasiones ha generado grandes afectaciones a los diferentes habitantes que colindan cerca de las yacientes de los ríos, por ende, la ubicación de los mismos, ha sido el principal objetivo de todos los entes de control que manejan el plan de ordenamiento territorial, con el propósito de que se sigan previniendo futuras calamidades, sólo que, esto no aseguró que durante el desenlace de la tragedia, pudiese salvaguardar la vida de sus conciudadanos, en concordancia con la estrategia que tenían prevista, originando secuelas físicas y psicológicas en todos aquellos que vivieron y presenciaron la avalancha en su mayor auge.

Los párrafos anteriores resumen que, el Trastorno por Estrés Postraumático es una enfermedad mental que nace gracias a la experiencia hostil que vivencia una persona cuando se encara a un (os) evento (s) adversos o acontecimientos sumamente traumáticos donde la seguridad física y psicológica de ellos ha estado en riesgo. Se sabe que, después de que una persona vive, escucha, observa, presencia un evento hostil, el futuro de los sujetos irá encaminada hacia el surgimiento de una sintomatología clínica y psiquiátrica, en la que aparecen estados de ansiedad y angustia, similares a las del momento en que sobrellevó el evento, obteniendo como resultado, la posibilidad de desarrollar el trastorno por estrés postraumático. Como ya se resaltó, el objetivo de investigación ansiaba analizar el posible Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en los sobrevivientes de la avalancha de Mocoa Putumayo, mediante un estudio mixto para el diseño de un manual psicoeducativo que optimice su estabilidad mental en un futuro, teniendo en cuenta, la percepción y el impacto emocional que haya forjado este desastre natural generar.

Problema de Investigación.

Formulación del Problema.

¿Cuáles son los efectos psicológicos que ocasiona el trastorno por estrés postraumático en los sobrevivientes de la tragedia ocurrida en Mocoa Putumayo a partir del impacto y percepción emocional?

Planteamiento del Problema.

Si bien es cierto, Breslau, N., Peterson E., Poisson L. Schultz L. y Lucia V. (2004) plasmado por Crespo M., y Gómez, M. (2012) detallan que: “estudios sobre la sintomatología postraumática de forma específica en los distintos grupos de personas en función del acontecimiento vivido (...) explican que efectivamente según el acontecimiento sufrido (...) aumentaba la probabilidad de desarrollar un TEPT” (Pág. 2) en aras de lo anterior, los efectos declinables de este trastorno alteran la vida emocional y mental de las mismas, por lo tanto, es menester que reciban tratamiento terapéutico y farmacéutico, con el objeto de optimizar la salud mental en las áreas básicas del paciente, como pueden ser las familiares, sociales, espirituales y económicas. En ese mismo sentido, la investigación constató relevante el estudio mixto de los sobrevivientes a la avalancha ocurrida en Mocoa – Putumayo, considerando que ha sido una de las peores catástrofes naturales a las cuales los mocoenses se han tenido que enfrentar, siendo así que la mayoría de ellas tuvo pérdidas familiares y materiales, que de una u otra forma terminaron por menoscabar su equilibrio mental.

Con respecto al objetivo general de la investigación, se anhela indagar sobre las secuelas que deja el Trastorno por Estrés Postraumático en el área emocional de los sobrevivientes del desastre natural, puesto que es importante entender el grado de vulnerabilidad mental en el que probablemente se encuentran. Además, la información suministrada por los mismos, será de gran utilidad para el diseño del manual psicoeducativo en pacientes que padezcan ésta enfermedad. Así mismo, se distinguirá los pensamientos, las relaciones afectivas, emocionales y las relaciones interpersonales que se suscitan entre los sobrevivientes de la avalancha ocurrida en Mocoa Putumayo y sus familias, con el fin de diseñar una serie de estrategias vitales para enmendar las dificultades que suelen ocurrir entre ellos, producto del trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, cabe señalar que las estrategias podrán ser aplicadas en una segunda investigación, aspirando a conocer, controlar e inhibir ésta enfermedad mental.

Descripción del Problema.

Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) adjuntando a APA (2013), refieren que:

El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. Síntomas de evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. Síntomas de activación arousal; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto.

En efecto, se puede sustentar que estos síntomas son los que hacen vulnerables el área familiar, emocional, social y espiritual de los afectados, puesto que, en cada uno, emerge de forma abrupta y su inhibición se torna ardua, cuando no se cuenta con el conocimiento ni mucho menos

las estrategias necesarias para controlarlo. Si bien es cierto, la red social y familiar siempre formará parte del ser humano, puesto que dichas redes otorgan confianza, seguridad y ayudan al ser humano a superar aquellos temores que interfieren en la solidez psicológica.

Ciertamente, los sobrevivientes relatan que aquella noche se encontraban en sus hogares descansado de una larga jornada laboral y bajo una tormentosa lluvia, por ende, el reposo era crucial en aquel instante, lo cierto es que, no contaban con que a las 11:50 pm del día 30 de marzo, ellos se vieran envueltos ante una avalancha que iba arrasando con todo lo que había a su paso, por consiguiente, la reacción fue inmediata ante la urgencia de colocarse a salvo de esto, pero, hubieron momentos desesperantes e impotentes en los que lograban percibir la forma en que este desastre natural se llevaba sus pertenencias y personas allegadas al seno de la familia, no cabe duda que, en ellos nació el deseo de poderlos auxiliar, sólo que estaban impávidos y su capacidad de reacción ante la amenaza se encontraba en declive.

Agregando a lo anterior, se conoce que los sujetos que lograron subsistir ante la escena hostil, tienen una imagen clara de lo que experimentaron, y se puede discernir en que son escenas imborrables que los acompañará el resto de sus vidas, como consecuencia, se resalta la posibilidad de que estén generando el Trastorno por Estrés Postraumático, teniendo en cuenta que, dentro de los criterios del DSM V, han pasado ya más de 10 meses después del suceso desarrollado, y es que, en caso de que los instrumentos que se apliquen, arrojen los datos que confirmen la hipótesis planteada, púes se facilitará un manual educativo conforme a la necesidad psicológica que requiere controlar la muestra selecta.

El desarrollo de la investigación requiere la participación voluntaria de los sobrevivientes de la avalancha, debido a que, el grupo de investigación no pretende vulnerar sus derechos civiles

y segundo revocar los sucesos ocurridos, por consiguiente, existe un consentimiento informado en el que ellos respaldan su vinculación de forma autónoma y sin ningún tipo de agravio. No obstante, se cuenta con la dirección general de la Docente PhD. Olga Mariela Mogollón, con el propósito de adecuar sus conocimiento científico con el de los Psicólogos en formación, para ejercer un adecuado estudio mixto de relevancia cualitativa con los mismos, de ese modo establecer las estrategias psicológicas elementales mediante un manual psicoeducativo, donde puedan educarse en cuanto al Trastorno por Estrés Postraumático que se intenta identificar, contando con la forma en que pueden inhibir la patología junto con la ayuda terapéutica y profesional que brinda un Psicólogo Clínico o un Psiquiatra que se desempeñe dentro del Municipio de Mocoa o a coalición con otro municipio aledaño al departamento.

Justificación.

Se considera sustancial proceder con esta investigación mixta con preponderancia cualitativa, a causa de que brindará una psicoeducación a los habitantes que sobrevivieron a la tragedia ocurrida en la ciudad de Mocoa - Putumayo, dado que, el Trastorno por Estrés Postraumático no sólo aqueja a personas que se ven expuestas a eventos extremadamente traumáticos, sino también a los familiares que conviven con ellos o como lo indica Tobar M. (2016) adjudicando a AACAP (2010) al intuir el TEPT como: “el acontecimiento traumático como elemento clave para el trastorno se especificaron los síntomas del trastorno a través de grupos sintomáticos, denominados como criterios B, C y D que son secundarios al evento estresor inicial (criterio A) (...)” (Pág. 22), a lo que se debe agregar que, la mayoría de Mocoenses, posiblemente se vieron afectados por las decenas de acontecimientos que se desarrollaron esa noche, perjudicando en gran manera la estabilidad física y mental de los ciudadanos, que aparte de ser considerada una población alegre y multicultural son seres humanos sensibles a cualquier episodio impetuoso que menoscaben sus vidas.

El propósito del proyecto investigativo mixto, con base en Caro F., García M. & Bezunartea O. (2014) refieren que: “los métodos mixtos de investigación son cada vez más frecuentes en la investigación (...) su uso se justifica en tanto que permiten una mayor comprensión de los fenómenos estudiados.” (Pág. 828), en otras palabras, toma como base generar una serie de aportes científicos que se estiman fundamentales para la Sociedad, la Población y el Programa de Psicología. Hecha esta salvedad, se debe clarificar que el municipio no contaba con las medidas respectivas para contrarrestar eventos catastróficos como los que sucedieron ese día, por ende, la consecuencia de tal magnitud, tomó la vida de niños, jóvenes, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores; no obstante, los habitantes que no detentaron con la fortuna de perdurar ante este evento, posiblemente acarrearón una serie de afectaciones emocionales y psicológicas que fluctuaron la salud mental de los mismos.

Sumado a esto, los damnificados no sólo son personas provenientes del municipio, sino también el personal voluntario que se sumó a la ayuda humanitaria que se gestionaba en ese momento. Por ende, el proyecto investigativo se enfoca en obtener conocimientos importantes para compensar aquellas inquietudes que surgen en el ser humano, cuando hay una reflexión interna que manifiesta no encontrarse bien y por tal motivo solicitar intervención profesional, a pesar de no contar con información ni mucho menos con la ayuda económica para optar por un tratamiento efectivo para decrecer los síntomas alusivos al TEPT.

Dicho de otro modo, la sociedad puede hacer uso de los datos obtenidos en la investigación y tomarla como una herramienta indispensable en el mejoramiento de salud física y mental de todos los seres humanos, estimando que, la psicoeducación es un pilar psicológico transcendental en un país tercermundista como lo es Colombia, donde el hábito investigativo se encuentra nulo y por ello se pretende refutar ese distinguido desconocimiento, mediante información confiable, validez y lo más importante al alcance de todas las personas que han experimentado los mismos síntomas después de una vivencia vehemente.

Ahora bien, en relación al beneficio de la población, es elocuente que los individuos utilicen la información relevante que se gestionará en la investigación y accedan a la obtención del conocimiento que se debe dominar sobre la enfermedad mental que atormenta a aquellos individuos subsistentes de situaciones hostiles y adversas para la salud mental y física del ser humano. Así mismo, de manera directa o indirecta, existen poblaciones que día a día han tenido que afrontar sucesos desastrosos que provocan sensaciones de intranquilidad e inseguridad, producto de lo que han llegado a escuchar, observar, presenciar y/o padecieron cualquier hecho violento en el que se ha encontrado amenazada la vida misma, permitiendo como consecuencia el origen del estrés agudo y desarrollo del trastorno por estrés postraumático.

Desarrollar una investigación sobre el Trastorno por Estrés Postraumático, no solo ayudará a la población afectada, si no a la sociedad en general, aquella que no conoce de donde proviene,

como surge, que afecta, como se controla ni mucho menos a quien recurrir cuando esto se trasluce en la población vulnerada. Dicho de otra manera, se podrá implementar campañas psicoeducativas en todos los lugares que requiera la población, con el fin de suministrar información que resuelva cualquier tipo de incógnita que esté presente en el lugar.

En última instancia, el proyecto de investigación pretende como interés general, aportar hasta el último sustrato científico de Psicología en los habitantes, visto que, es la herramienta que ha suministrado a los seres humanos pilares científicos en temas referentes a dominios de la vida, igualmente, en vista de que su razón de ser tiene que ver con la normalización de la salud mental en un nivel óptimo y funcional para con ellos, las investigaciones que surjan a partir de ésta, surgirán gracias a la formación agregada por el Programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, ya que, no solo contará con información suministrada por los individuos, sino también por las familias que se han involucrado con el Trastorno por Estrés Postraumático que seguramente sobrellevan sus seres queridos o las personas que tienen a cargo, lo cual les ha llevado a amplificar dolencias físicas y mentales que irrumpen con la consistencia emocional de los mismos, generando en ellos sentimientos de impotencia, pues no cuentan con los elementos necesarios que ayuden a menguar y contrastar esta enfermedad que deteriora a quienes se encuentran en esta desdicha, y que con el paso de los días se torna más difícil cuando toma mayor auge en la persona.

Por último, basándose en esta modalidad de investigación mixta preponderante en cualitativa, hace adquisición de instrumentos psicológicos, que profundizan en cada uno de los aspectos personales de los sobrevivientes; de igual modo, se consagran los pensamientos, sentimientos, emociones y miedos que se generaron en el momento en el que ocurría la fatalidad y los aspectos mentales que se infundieron después de que ocurrió esta desventura. Se debe agregar que, esta investigación es el resultado del proceso de formación investigativo que se ha dado y se sigue dando dentro de las instancias educativas. Es crucial conceder a la Universidad de Pamplona un posicionamiento a nivel municipal, departamental y nacional; como una universidad líder en investigaciones de desarrollo humano, científico, global y social.

Objetivos.

Objetivo General.

Analizar el posible Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en los sobrevivientes de la avalancha de Mocoa Putumayo, mediante un estudio mixto para el diseño de un manual psicoeducativo que optimice su estabilidad mental en un futuro.

Objetivos Específicos.

Identificar el impacto emocional que tiene los sobrevivientes del desastre natural por medio de una entrevista semiestructurada.

Describir la percepción que sostienen los sobrevivientes del desastre natural mediante una semiestructurada.

Determinar la frecuencia y severidad de los posibles síntomas del Trastorno por estrés Postraumático a través de la Escala de Trauma de Davidson.

Diseñar una serie de estrategias para los sobrevivientes de la tragedia a través de un manual psicoeducativo, y que pueda ser aplicado en una segunda fase de investigación que amplía el conocimiento, control e inhibición del TEPT.

Delimitaciones y Limitaciones.

Considerando el título de esta página, esta avala la delimitación establecida dentro de lo que se refiere a la muestra que hizo parte de la investigación mixta, de la que estuvo erigida principalmente con dos adultos de 30 a 45 años y 9 adultos más que se requirieron como grupo focal, quienes oscilaron edades de 20 a 70 años. Así pues, las personas propicias para la ejecución de la investigación son del Barrio San Miguel, de Mocoa – Putumayo, haciendo hincapié en que éste fue uno de los primeros barrios que resistió el desastre natural.

Colaboradores.

Como se mencionaba anteriormente, los posibles colaboradores que formaron parte de la investigación mixta sobre la Presencia del Trastorno por estrés Postraumático en habitantes de la ciudad de Mocoa – Putumayo, radicados en el Barrio San Miguel, tienen que ver con personas que no poseen ningún vínculo familiar, emocional o personal que comprometa el desarrollo de la investigación, se rectifica lo que se afirmó con anticipación en que, los colaboradores son 2 adultos de 30 a 45 años, y que las cuatro personas que se requieren, se adjuntan como grupo focal y ellas pueden comparecer edades de 20 a 70 años.

Recursos disponibles.

Los recursos disponibles con los cuales se consumó la investigación mixta, tiene que ver primeramente con los consentimientos informados, que se les facilitara a las personas participes de la misma y que darán su voto, como símbolo de que por parte de los Psicólogos en Formación habrá un total respalda ético de la información facilitada, así mismo se cuenta con los diferentes cuestionarios y entrevistas vitales en el desarrollo del ejercicio investigativo, así mismo se hará disposición de todos los recursos electrónicos y físicos que se requieran en la instancia; por último, se tiene a disposición el uso de una motocicleta Yamaha XTZ con placas HHH, que se empleará para transportarse hacia los hogares de las muestra especificada.

Estado del Arte.

Internacional.

Trastorno de estrés postraumático y sus factores de riesgo entre los adolescentes que sobreviven tres años después de un terremoto de magnitud 8.0 en China. Yali Tian, Thomas KS Wong, Jiping Li y Jiang Xiaolian. Departamento de Cirugía Cardiovascular del Hospital de China Occidental, Universidad de Sichuan Chengdu de China. (15 de octubre del 2014)

Existen consecuencias psiquiátricas graves y de larga duración en los niños y adolescentes que sobrevivieron al terremoto de Wenchuan (China), ya que esto incluye el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT), aun así, los investigadores se han centrado en el TEPT, recientemente su prevalencia y los factores de riesgo ocasionados por un gran desastre natural, pues aún no están claros debido al tamaño limitado de la muestra. El propósito de este estudio es explorar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los adolescentes que sobreviven tres años después del terremoto de Wenchuan, describir los síntomas de TEPT e indagar en los factores de riesgo de trastorno de estrés postraumático.

Fue necesario tomar como muestra un total de 4.604 adolescentes de tres escuelas intermedias que se encuentra en las zonas afectadas por el terremoto, considerando que, Los instrumentos incluían un cuestionario demográfico, cuestionario sobre la exposición al terremoto, la Evaluación Escala de Apoyo Social (SSA), el trastorno de estrés postraumático Checklist-Civilian Version (PCL-C), y la entrevista clínica estructurada para los trastornos DSM-IV (SCID). Por consiguiente, estas técnicas investigativas permitieron diferir en que la tasa de prevalencia de trastorno de estrés postraumático fue del 5,7% (frecuencia: n = 261), y los síntomas se producen más comúnmente de TEPT era la angustia (64,5%), dificultad en la concentración (59,1%), y alteración rítmica (58,6%).

Crecimiento postraumático, depresión y estrés postraumático en relación con la calidad de vida de los supervivientes del tsunami: un estudio longitudinal. Johan Siqveland, Egil Nygaard, Ajmal Hussain, Richard G Tedeschi y Heredero Trond. Departamento de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Akershus, Instituto de Servicios de Salud Mental Lørenskog – Noruega. (7 de febrero del 2015)

La calidad de vida a menudo puede ser reducida en los sobrevivientes de un desastre natural, por ende, en este trabajo se investigó el crecimiento del Trastorno por estrés postraumático, la depresión y el estrés postraumático, con el fin de predecir de forma independiente la calidad de vida que poseen los mismos a través de un estudio longitudinal. Siendo así que, para la muestra se tomó 58 adultos noruegos que estaban presentes en Khao Lak, Tailandia en el momento en que ocurría el Tsunami del año 2004, así que se completó cuestionarios de auto-reporte de 2 y 6 años después de la catástrofe. Además, los participantes reportaron síntomas de la depresión y el estrés postraumático en el desarrollo de su calidad de vida.

Los resultados de la investigación arrojaron que el trastorno por estrés postraumático y la depresión, se relacionan negativamente en consonancia con la calidad de vida que poseen los participantes, sin embargo, no se encontraron efectos considerables de interacción. Ahora bien, seis años después del tsunami, los altos niveles de estrés postraumático se relacionaron con la baja calidad de vida de los sujetos, mientras que los niveles más bajos de depresión se relacionan con una mayor calidad de vida que tienen los participantes con el trastorno por estrés postraumático.

Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2016 en Chile. Mariela Andrades Tobar. Universidad Complutense Madrid. (19 de agosto del 2016)

Se estima que los niños y adolescentes se encuentran entre las personas más vulnerables a los efectos negativos de los desastres naturales. Los estudios de seguimiento de cohortes muestran que entre el 25% y el 60% de los niños ha sufrido un evento traumático significativo antes de llegar a la adultez. No obstante, se estudió una muestra de 325 participantes de 10 a 15 años; 167 niños de la región del Maule, expuestos al terremoto y tsunami y 158 niños quienes tuvieron una exposición menor, ya que residían a más de 360 Kms. del epicentro, los que fueron utilizados como grupo de comparación, a los 12 meses. La misma muestra se evaluó a los 24 meses. Se empleó Child PTSD Symptom Scale (CPSS)/Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (PTGI-CR), el Inventario de Crecimiento Postraumático para Niños, la Escala de rumiación para niños el Cuestionario de exposición a eventos traumáticos

Los resultados de esta investigación resaltan el hecho de que los niños y adolescentes expuestos al terremoto presentaron mayor sintomatología de TEPT que el grupo de comparación, tanto a los 12 como a los 24 meses. Por lo tanto, la severidad de los síntomas podría darse a partir del nivel de exposición al terremoto. A los 24 meses, la severidad de los síntomas del trastorno se caracteriza mejor por tres trayectorias óptimas, resiliencia, recuperación y disfunción crónica. El crecimiento traumático podría mantenerse en niños y adolescentes afectados por una situación traumática, por lo tanto, no podría ser explicado por cambios simplemente normativos originados por la maduración. Y la rumiación deliberada tendría un papel clave en el desarrollo del crecimiento traumático y en la permanencia de este constructo. Los hallazgos del presente, permitirían perfilar estrategias que potencien la reflexión hacia la obtención de nuevas percepciones positivas del sí mismo; de la satisfacción de compartir relaciones más profundas con otros; y considerar la propia existencia dentro de un sentido trascendente.

Nacional.

Atención en Salud Mental para Víctimas de Desastres, Actividades Desarrolladas en Armero. Bruno R. Lima. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Javeriana, Bogotá – Colombia. (1987)

El 13 de noviembre de 1985, la erupción del volcán Nevado del Ruiz arrasó la ciudad de Armero, en Colombia, dejando a su paso un saldo de 22.000 muertos, 5.000 heridos y cientos de supervivientes acosados por la angustia. En vista de las urgentes necesidades provocadas por el desastre, el objetivo inicial de los asesores fue adaptado rápidamente a la nueva situación. Desde entonces, se han llevado a cabo numerosas actividades en salud mental en las áreas de la investigación, asistencia, capacitación, educación y planeamiento. Así pues, inmediatamente después de la tragedia de Armero se efectuó un censo y diagnóstico de la población superviviente, que fue acogida en los albergues de Ibagué y en los campamentos del norte del departamento de Tolima, a partir de esto, se encontró una frecuencia muy alta de trastornos psiquiátricos en esta población.

En la investigación realizada se encuestaron 200 víctimas ubicadas en los campamentos de refugiados y otras 100 ingresadas en los centros de atención primaria de las ciudades vecinas a Armero. Se empleó un cuestionario normalizado de autoinformación que ya ha sido utilizado en otros países en desarrollo y se encontró tasas de diagnósticos psiquiátricos que corresponden a trastornos emocionales inespecíficos. Teniendo en cuenta lo anterior, los sujetos encuestados, arrojaron una prevalencia de trastornos emocionales de 55% en las 200 víctimas de los campamentos y 45% en los 100 pacientes de los centros de atención primaria, sólo el 9% de los individuos del primer grupo que fueron entrevistados por el psiquiatra, no se consideraron como casos psiquiátricos. Por otro lado, los diagnósticos más frecuentes fueron el síndrome de estrés postraumático con una cifra del 54% y de depresión mayor 19%. En última instancia, esta investigación muestra que los diagnósticos traducen básicamente trastornos afectivos como depresión y ansiedad, considerando que la problemática de atención en salud mental para las víctimas de desastres se centra solamente en estos trastornos.

Una revisión acerca del debriefng como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático) José Manuel Santacruz Escudero. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia (2008)

La intervención en crisis ha ocupado un papel muy importante en las funciones de los trabajadores de la salud mental desde hace muchos años, dadas las diversas situaciones a las que nos enfrentamos todos los días y cada vez con más frecuencia. La multiplicación de la exposición a situaciones estresantes, también el riesgo y la amenaza de estos sucesos, como lo son en particular las catástrofes naturales y las consecuencias de la guerra y el terrorismo han dado lugar a un crecimiento importante del número y la modalidad de las técnicas de intervención en crisis, así como de los estudios acerca de éstas. Es por esto que, Santacruz J. (2008) citando a Raphael B y Wilson J. (2000) difiere que: “El debriefng psicológico es una intervención breve que se realiza en los primeros días luego del evento traumático”, a consideración de lo anterior, Alexander D. (1990) y a Mitchell J. (1983) hablan que: “generalmente es una sesión grupal de más o menos tres o cuatro horas de duración, en la que los afectados por exposición a esta situación traumática hacen una especie de catarsis, contando sus sentimientos y reacciones frente al evento.”

La intención de esta revisión es examinar algunas de las publicaciones acerca de la utilidad del debriefng en la intervención en crisis para prevención del estrés postraumático, ya que, dada su fácil aplicación, su bajo costo y la necesidad creciente de realizar intervenciones en estas situaciones han generado que su uso sea muy extenso a pesar de que la evidencia de su efectividad sea contradictoria según Vera B. (2004) referenciado por Santacruz J. (2008). El resultado de la investigación demuestra que, los esfuerzos para prevenir la aparición de los síntomas del trastorno del estrés postraumático por medio de la intervención en crisis, con la técnica de debriefng, han arrojado resultados contradictorios que van desde la respuesta exitosa, sin respuesta y la gran mayoría de ellos muestra, incluso, posibles efectos desfavorables, por lo tanto, los datos disponibles por una parte no permiten establecer la efectividad de la técnica del debriefng, y por otra arrojan indicios acerca de posibles efectos nocivos tales como la retraumatización o el riesgo de retardar el acceso a otras intervenciones.

Además, presentan problemas debido a la disparidad y variación en el uso de la técnica, lo que hace más difícil el análisis de resultados o las comparaciones, y por tal razón las decisiones para su aplicación. Por todo lo anterior, sería necesario llevar a cabo nuevos estudios que corrijan esas dificultades, permitan valorar la técnica y, antes que nada, definir cuál de las versiones se sometería al análisis, teniendo en cuenta los señalamientos que se han hecho y los resultados contradictorios.

Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. Cristian David Osorio Yepes y Victoria Eugenia Díaz Facio Lince. Universidad de Antioquía. Medellín, Antioquía. (03 de octubre del 2012)

Los desastres por fenómeno natural constituyen uno de los problemas sociales más relevantes del mundo contemporáneo debido a que, en su mayoría, son provocados por acciones humanas, directas o indirectas, y sus consecuencias desbordan los recursos materiales y emocionales de una comunidad, al punto de dejar secuelas que pueden dificultar el desarrollo de los individuos que la conforman. Con base en lo anterior, surgió el interés de rastrear, estudiar y contrastar las publicaciones, nacionales e internacionales —particularmente en Latinoamérica y España— sobre prevención, atención y recuperación en situaciones de desastre por fenómeno natural desde un enfoque psicosocial. Lo anterior con el ánimo de construir un referente documental crítico que pueda aportar, posteriormente, al análisis, la formalización y la implementación de estrategias de intervención frente a desastres por fenómeno natural recurrentes en nuestro contexto nacional y local.

Como soporte metodológico se aplicaron las fases del estado del arte: preparatoria, descriptiva, interpretativa por núcleo temático, de construcción teórica global y de teorización global, de extensión y publicación (Hoyos, 2000), con el fin de registrar, compilar y relacionar las fuentes actuales sobre el tema en cuestión; y se empleó el software de Atlas-ti como herramienta para el análisis de los datos. Si bien es cierto, en total se revisaron 40 modelos y experiencias

documentadas de intervención psicosocial en situaciones de desastre, de los que se seleccionaron 30 como muestra.

De ahí se infiere que, los resultados revelan que existe mucha divergencia con respecto a la conceptualización de los desastres por fenómeno natural. Por una parte, han sido definidos en términos de su magnitud, y a partir de allí se ha utilizado el término de catástrofe para hacer referencia a un desastre de consideraciones mayores, que logra desbordar la capacidad de respuesta de una región o país. En ese mismo sentido, se encontraron múltiples perspectivas en la concepción de lo psicosocial y la salud mental en relación con los desastres. La mayoría de ellas se limitan a una mirada pragmática que no ahonda en la conceptualización. Gran cantidad de modelos utilizan, sin definir, los términos *psicosociales* y *salud mental*. En lo que compete a las intervenciones que hacen énfasis en el tiempo —antes, durante y después del desastre—, se observó un interés en desligarse de la afectación material, basándose en la respuesta desde dos puntos de vista temporales: por un lado, dando prioridad a las reacciones o consecuencias de la población frente al desastre; y por el otro, a las acciones que pueden realizar los profesionales desde un marco institucional.

Local.

Descripción de la Intervención Psicológica en el Afrontamiento de Estrés Postraumático en Militares Activos del Grupo de Caballería Mecanizado N 5 Maza. Noemí Sepúlveda, Margarita Echavarría, Henry Rojas. Universidad de Pamplona. Pamplona – Norte de Santander (2006).

Como objetivo principal se tiene planteado, describir el proceso de intervención psicológica, en el afrontamiento de Estrés Postraumático, en soldados profesionales activos del “Grupo de Caballería Mecanizado N° 5 Maza”. Así mismo identificar los eventos traumáticos que

dan origen al trastorno. Caracterizar algunos aspectos psicosociales que inciden en el trastorno. Detectar la sintomatología más persistente en el trastorno de estrés postraumático. Realizar intervención individual que permita el afrontamiento de la sintomatología propia de los participantes diagnosticados con el trastorno. Analizar la efectividad del proceso de intervención.

En ese mismo sentido, la muestra de participantes, guardan entre sí características similares, tales como: Contexto familiar, relaciones sociales, nivel de escolaridad, ámbito laboral, relaciones afectivas, edad adulta temprana, las cuales inciden agudizan el trastorno de estrés postraumático. Por cuanto ellas mismas se convierten en factores de amenaza para el participante. El estudio de caso contribuyo a detectar que los seis participantes provienen de familias disfuncionales, padres maltratantes, bajo nivel de satisfacciones básicas de participantes, los cuales se convierten en otros factores psicosociales que motivan el ingreso al joven a la vida militar.

Reacciones Psicológicas en los adultos tempranos de Gramalote, Víctimas del Desastre Natural del Año 2010 Resiliencia vs Trauma. Nelson García y Steve Quiroga. Universidad de Pamplona, Departamento de Psicología. Sede Villa del Rosario. 2013.

En el año 2010 Colombia vivió una de las peores temporadas invernales de la historia reciente del país, el fenómeno de la niña fue implacable, tanto en las ciudades como en la zona rural. Sin embargo, una falla geológica, sumadas a las continuas lluvias removió la tierra donde reposaba el casco urbano de Gramalote, por lo que, muchas familias tuvieron que cambiar sus vidas. De este modo, el objetivo general de esta investigación estaba enfocado en explorar las reacciones psicológicas más comunes de los adultos tempranos víctimas del desastre natural de Gramalote, en función de la adaptabilidad o de la disfuncionalidad a partir de un evento traumático.

Es así que, para poder llevar a cabo la investigación contaron con la participación de personas e instituciones que estaban vinculados directamente con la comunidad y que ayudaron a tener un contacto personal con la misma, debido a que presentaban el rol de líderes comunitarios, amigos de las víctimas y el convenio que tenían establecido con la Universidad de Pamplona – Fondo de Adaptación. Entre tanto, la población seleccionada estaba influenciada por adultos tempranos que eran sobrevivientes del desastre natural y por este motivo, la muestra poblacional tuvo en cuenta 10 sujetos de género masculino 16 sujetos del género femenino con edades comprendidas desde los 18 hasta los 30 años, representando un papel de 26 sujetos.

Cabe resaltar que la investigación se encuentra estatuida bajo la modalidad transversal exploratorio con un diseño no experimental mixta, que fue la más adecuada para encontrar resultados como los que se conocerá a continuación, el primer de ellos estima que, el nivel de adaptabilidad de los adultos tempranos de gramalote víctimas del desastre natural del año 2010 que viven actualmente en Cúcuta, es significativamente positivo, logrando consolidarse a nivel familiar, académico, laboral y social. Así mismo el género masculino evaluado no presentó baja resiliencia, lo cual infiere que tienden a tener mayor capacidad de adaptabilidad ante nuevas situaciones, respecto a la población del género femenino. Además, el haber presentado un nivel bajo de resiliencia no siempre implica, una relación directa con el riesgo a presentar un T.E.P.T.

A pesar de la buena capacidad de adaptación que posee la población evaluada, existe una notable y no superada totalmente tristeza que tiende a convertirse en un proceso de tolerancia a la frustración. Así que, es sumamente importante destacar que las personas que puntaron con baja resiliencias en la escala Wagnild – Young y riesgo a presentar T.E.P.T, presenta un alto nivel de vulnerabilidad que interfiere constantemente con sus estados de ánimo y su motivación. Como último agregado, la población evaluada en el rango de edades entre 18 y 24 años de edad presentaron mayor capacidad de resiliencia, que las personas que están en un rango entre 25 y 30

años de edad, por lo que se puede deducir que en esta investigación las personas de mayor edad presentan menos capacidad de resiliencia.

Impacto del Conflicto Armado en el Desarrollo Sintomatológico del Trastorno de Estrés Postraumático en Soldados de la Compañía Atacador del Grupo Mecanizado Maza No. 5 que manifiestan su primera crisis. Jhonny Guevara y Gloria Martínez. Universidad de Pamplona. Pamplona – Norte de Santander. 2004.

La población objeto del estudio en el desarrollo de este trabajo investigativo son los soldados pertenecientes al Grupo Mecanizado Maza N° 5, en especial aquellos que han sido víctimas de combate, gracias a esto, el objetivo de esta investigación desea categorizar los factores que interviene en el trastorno de Estrés Postraumático, en soldados víctimas de combate que manifiestan su primera crisis, de la compañía Atacador del Grupo Mecanizado Maza N° 5. Para ello, es esencial adecuar una investigación de tipo cuantitativo con alcance descriptivo, puesto que, esto facilita resultados útiles en la recolección de datos de los 20 soldados que se hallaban registrados en el dispensario, con valoración médica y sin registro de valoración psicológica.

Con esto en mente, el instrumento que más se implementó dentro de esta investigación fue una encuesta descriptiva y una entrevista, debido a que los resultados que arrojó la muestra participante estimó que, la agudización de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, puede llevar a una falencia en la humanización de los procesos de preparación, acompañamiento, entrenamiento y atención requeridos por la víctimas de combate en estudio, ya que en la manifestación de sus alteraciones intrapsíquicas, hacen énfasis en la parte operativa, en instrucciones de combate, desplazando la condición humana de cada individuo, lo cual contrasta de forma negativa después del evento traumático.

Por último, los soldados víctimas de combate de la compañía Atacador del grupo Mecanizado Maza N° 5, que fueron objeto de estudio, presentan una serie de alteraciones: aumentando los sentimientos de ira o venganza, perdiendo la capacidad de concentración, volviéndose más agresivo irritable, abandonando el interés por las cosas, experimentado dolores psicósomáticos, manifestando alteraciones en su estado de ánimo, como ansiedad y depresión; disminuyendo su capacidad de comunicación con los demás. Muchos de ellos, manifiestan sentirse culpables por lo sucedido. Todas estas respuestas son normales como consecuencia del suceso traumático.

Marco Teórico.

Capítulo 1: Trastorno por estrés postraumático.

Origen.

El origen de esta patología aparece gracias al conflicto norteamericano que tuvo durante la primera y segunda guerra mundial, puesto que éstas fueron una de las épocas que marcó la salud mental de los soldados que participaron en este tipo de incidente, siendo así que, aún después de haber sobrevivido ante los diferentes ataques por parte del enemigo, estos nos volvieron a ser los mismos, ya sea en sus hogares o la vida civil que los mismos llevaban. De igual modo, los síntomas que presentaban se deben a lo que Figley C. (1978) postulado por Tobar M. (2016) resalta: “problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, pesadillas, culpa y problemas para controlar la agresión” (Pág. 20) en relación al autor, cabe destacar los síntomas, fueron los que les permitieron a los Psiquiatras indagar científicamente y detallar los criterios en el DSM III, IV, IV R y V, y que hoy son los más pertinentes para diagnosticar el Trastorno por Estrés Postraumático.

No obstante, el TEPT va acompañado de los síntomas que se mencionan en el texto anterior y que, ésta anomalía es causante de una inhibición del desarrollo mental en el ser humano que se ha visto expuesto a cualquier evento traumático que tiende a volver inconsistente la salud mental, ya sea a partir de la sobrevivencia ante un desastre natural, presenciar muertes, enfrentamientos violentos, persecuciones, violaciones, delitos, víctima de abuso físico, víctimas de accidentes de tránsito etc.; por consiguiente, se puede observar que, esta clase de eventos durante un tiempo prolongado tienden a suscitar un malestar duradero en la vida personal del sujeto.

En ese mismo sentido, Sosa C. & Capafons J. (2011) adscrito por Tobar M. (2016) consideran que: “las personas que manifestaban problemas psicológicos (...)” (Pag. 21) recibían el diagnóstico de gran reacción al estrés (DSM-I)” al llegar aquí, cabe indicar que, estos estudios han facilitado que dentro de los DSM IV R y V, se cataloguen las perturbaciones como los síntomas claves del estrés agudo, que se sabe, oscila entre la vivencia del hecho hostil hasta los 3 meses de tiempo, téngase en cuenta que, la duración del tiempo es lo que proporciona reconocer la preponderación del estrés y sus síntomas.

Concepto.

Tobar M. (2016) adjudicando a AACAP (2010) A partir del DSM-III, el TEPT enaltece:

“el acontecimiento traumático como elemento clave para el trastorno se especificaron los síntomas del trastorno a través de grupos sintomáticos, denominados como criterios B, C y D que son secundarios al evento estresor inicial (criterio A) y se ofrecieron criterios diagnósticos precisos y operacionales para el diagnóstico del mismo. Convirtiéndose, por tanto, en un trastorno en los que se reconoce como importante la situación vivida en la generación de los síntomas”, (Pág. 22)

Teniendo en cuenta estas afirmaciones, se añade el hecho de que un acaecimiento traumático no sólo tiene que ver con la exposición de la vida misma frente a un factor adverso, sino por el contrario, este también despunta ocasiones donde el bienestar mental de las personas se ve envuelta en distintas casualidades que trata de desnivelar la función normal de los mismos.

Al llegar aquí también es concerniente disipar que, el DSM III R edificó criterios aptos para el diagnóstico de dicha enfermedad mental, por ello, la American Psychiatric Association (APA) (1980) mencionado por Tobar M. (2016) erige que el grupo de síntomas que lo componen están clasificados en tres grupos: “reexperimentación del trauma (criterio B), evitación (criterio C), que incluye síntomas de embotamiento afectivo, e hiperactivación (criterio D).” (Pág. 22), así

pues, los síntomas se pueden reflejar tiempo después donde la persona se ha visto inmersa en el suceso desfavorable, que provoca en los afectados, miedo, terror o desesperanza por conservar su vida, independientemente de cual sea el episodio que esté soportando.

Con base en el objetivo general de la investigación, pesquisar en personas sobrevivientes de la avalancha ocurrida en Mocoa – Putumayo, se trae al asunto, un autor referente Creamer P. (2000) presentado por Tobar M. (2016) expone uno de los criterios en los que, el grupo de investigación ha tomado mayor enfoque, y tiene que ver con síntomas de reexperimentación, por ende, el autor suscita que: “trata de pensamiento, sentimientos y conductas específicamente relacionadas con el evento traumático.” (Pág. 25) con esto en mente, se disipa que la reexperimentación muchas veces se ve implicada en los pensamientos recurrentes que vienen a la mente de los sujetos a través de sueños, pesadillas imágenes, recuerdos o flashback; que, si bien es cierto, la forma de emerger en los pensamientos varía en ciertas ocasiones en cuanto a estímulos similares a los que encontró en el suceso hostil o por otro lado, viene a la mente de forma imprevista.

Evaluación Diagnóstica del Trastorno por Estrés Postraumático mediante el DSM – V.

Se propone exponer a partir de la conceptualización teórica que rescata Tobar M. (2016) sobre los criterios que posee el DSM -V como la herramienta diagnóstica actual que posee la American Psychological Association (2013) para referirse a que: “el criterio A, amplía y redacta de manera más precisa el concepto de evento traumático” (Pág. 26), de ahí que, esto servirá para establecer los artefactos que serán claves en el momento en que se evalúe esta enfermedad de la forma más ética, estricta y rigurosa que sea posible.

Nótese que, el evento sobresaliente dentro del criterio A alude a la forma en que las personas cuando se ven comprometidas con uno o más estímulos adversos que estropean la estabilidad de su salud mental, puede mediante la experiencia directa, escuchar sucesos hostiles de otros y experimentar constantemente sucesos violentos o de riesgo extremo, en cambio, se destituye como elemento del criterio A, en que sea personas arriesgadas a coyunturas que incluyan equipos electrónicos, de televisión, películas, videos o imágenes.

Por otra parte, síntomas del criterio B, Scheeringa M. (2013) solicitado por Tobar M. (2016) apunta que el DSM – V establece: “(...) un cambio en la redacción de la reexperimentación de los síntomas, con el fin de incrementar su validez y disminuir el umbral de detección de síntomas. (Pág. 27), en efecto, los síntomas que describía el DSM IV R, sobre este síntoma, enaltecía su acompañamiento de recuerdos recurrentes, intrusivos y perturbadores del evento, pero, esta investigación que hace Tobar M. (2016) acentúa que: “(...) solicitaba tres condiciones: 1 recurrentes, (2) intrusivos y (3) perturbadores.” (Pág. 27) conviene subrayar que, su investigación sobre el Trastorno por Estrés Postraumáticos en niños y adolescentes perjudicados por el terremoto que ocurrió en Chile en el año 2016, reveló que las investigaciones empíricas probaran que los niños no necesariamente manifiestan abiertamente perturbaciones frente a sus pensamientos ajenos e indeseados; cabe aclarar que este constructo lo toma de Scheeringa M. & Zeananh C. (2001).

Luego se encuentra el criterio C, donde la American Psychological Association (2013) trasluce sobre: “Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s)” (25) , es decir, el primer elemento de este, hace mención al esfuerzo por soslayar recuerdos, pensamientos o sentimientos alternados al suceso escarmentado, tanto así que, se puede contemplar en los damnificados, cómo la avalancha que sobrevino en el municipio de Mocoa y arrebató la vida de cientos de personas, mientras que aquellas que perduraron quizá terminaron con secuelas psicológicas. Sumado a ello, después de

varios meses y ante la experiencia que detentaron para recoger el cuerpo de sus familiares y los bienes materiales que fueron estropeados, cabe la posibilidad de que exista un esfuerzo sobrevalorado para no recordar eventos que infundan pesadumbre emocional en el mismo. Mientras que, el primer elemento despunta los estímulos internos, el segundo elemento, hace relevancia a estímulos externos como lugares, personas, actividades físicas, objetos o situaciones que en cierto sentido marcaron la vida personal y mental de los sobrevivientes.

De acuerdo con el criterio D, “Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) (...) características” (Pág. 26), amparado por la American Psychological Association (2013); dicho de otra manera, la primera característica data sobre la incapacidad de los sujetos para recordar piezas importantes del hecho perjudicial, que si bien es cierto, se trasluce como amnesia disociativa; sopesando que, una persona que ha subsistido frente a un desastre natural, puede encontrarse inhabilitado para trasladar a su memoria situaciones precisas de la peripecia que escarmentó, mientras que otra persona puede tener claro lo que ocurrió en el momento en que se desenlazó el incidente, de ahí que, todo obedece a la dificultad y el choque emocional que conserve el perjudicado.

La segunda característica habla sobre las creencias negativas, exageradas y persistentes sobre uno mismo, ya que, toda experiencia volátil que vive una persona en carne propia, tiende a estremecer la parte emocional y cognitiva del doliente, tomando como perspectiva hostil del ambiente y sus factores externos. Mientras que, la tercera característica propone que, se presencia una percepción deformada sobre los desenlaces del evento adverso, dado que existe culpa por los hechos que ocurrieron y que no se cuenta con el valor hacer lo necesario, por causa de actos negligentes que trastornan al damnificado.

La cuarta característica plantea que el estado emocional se refleja de forma negativa y persistente, puesto que, los sujetos pueden padecer miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza, siempre y cuando haya tenido participación en el suceso desfavorable. Del mismo modo, se encuentra la quinta característica, enfatizada en el decremento del interés personal en actividades significativas para el sujeto, como actividades familiares, encuentros recreacionales, paseos ecológicos, cenas familiares, cumpleaños, etc. Después está la sexta característica del criterio D, que designa sobre los sentimientos de desapego hacia las personas más cercanas a su círculo familiar, personal y social; y para terminar la última característica, despunta la incapacidad para sentir emociones positivas, que antiguamente, los estímulos y externos de su ambiente, producían en él felicidad, gratitud, tranquilidad, amor, tolerancia, etc.

En cuanto al criterio E. la American Psychological Association (2013) lo recalca como “Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) (...) características (...)” (Pág. 26), con esto se quiere decir que, el primero de ellos revela el comportamiento irritable, discusiones agresivas, físicas o verbales que ocurren, con la presente de que no ha existido ninguna provocación; seguidamente, la segunda característica señala las conductas imprudentes o comportamientos autodestructivos con objetos o personas que se encuentran cerca de su entorno; la tercera característica evidencia la hipervigilancia que oscila durante la noche y/o día, estimando que, coexiste una dificultad para concertar el sueño y se debe a la incesante activación que sufre durante ciertas horas.

La cuarta característica guía sobre las respuestas sobresaltadas que puede emplear la persona para comunicarse con otras, ante algún comentario que presencie o bien sea por las conversaciones internas que este desarrolle; la quinta característica revela problemas de concentración y por último, la sexta se encuentra enfocada en la turbación del sueño, debido a que

se ve interrumpido por terrores nocturnos, pesadillas o sueños recurrentes que hacen de la hora de descanso, un tormento para la persona, además, las imágenes que el cerebro ha capturado de la escena hostil, púes, se ven manifestadas en los sueños. A continuación, se expone la tabla técnica de los criterios del DSM – V sobre el trastorno por estrés postraumático, que utilizó Tobar M. (2016) en su investigación.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-5.

DSM-5
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s). <p>Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>
<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) <p>Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones)

que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

Apéndice 1. Criterios Diagnósticos del DSM – V, tomado de Tobar M. (2016)

Epidemiología.

Barreiro T. & McIntyre L. (2015) postulando a Kessler et al., (2009) asiente que: (...) hay informes sobre:

“(...) la prevalencia mundial de TEPT es de 0.3-6.1%. El trastorno de estrés postraumático tiene una prevalencia de por vida de 6,8% según Wittchen et al., (2012). Los hombres tienen una prevalencia de por vida de 3.6% versus 9.7% en mujeres; la prevalencia anual es de 1.8% en hombres y hasta 5.2% en mujeres; en referencia lo descrito por Santiago et al., 2013). La prevalencia estimada es de 3.7% en niños y 6.3% en niñas y se asocia con tasas más altas de absentismo escolar, vandalismo, abuso y abuso del alcohol y problemas de comportamiento y obediencia, especialmente si los factores de estrés traumáticos ocurren antes de los 15 años de edad.” (Pág. 1268)

Con esto se hace notar, que frecuentemente la prevalencia del trastorno por estrés postraumático es recurrente en el cuerpo élite que hace parte de las Fuerzas armadas, ya sea por conflicto interno o externo, pero que a su vez, el riesgo es el mismo, gracias a que hay un incesante enfrentamiento violento donde la vida de todos está en riesgo, por tal razón, cualquier episodio adverso que suceda proporcionará los factores elementales para desarrollar el trastorno por estrés agudo y consecuentemente, el trastorno por estrés postraumático. Entre tanto, no se revelan datos estadísticos que permeen o aporten científicamente a lo respaldado por el autor, sólo se conoce que, ante la presencia de un desastre natural, acontece una probabilidad del 50% de desarrollar el TEPT en la población afectada, notándose, que un desastre natural, es un evento que sucede una vez en la vida de una persona, a diferencia de los militares que ejercen su labor en medio del conflicto violento.

Causas.

Después de todo, Carvajal C. (2002) añade unas cifras que indican la prevalencia del Trastorno Estrés Postraumático por sexo, por ello, el autor en su investigación describe un compilado de situaciones traumáticas y el porcentaje que varía en cada género, primeramente se encuentra la violencia con un porcentaje de 65,0 en hombres y 45,9 en mujeres, segundo, en lo que respecta al abuso sexual los hombres presentan un 12,2% y las mujeres en una cifra mayor un 26,5%, tercero, el asalto como suceso traumático se encuentra más relevante en las mujeres con 21,3% que en los hombres con 1,8%. Cuarto, los accidentes son más traumatizantes en las mujeres puesto que el dato se sostiene en 8,8% a diferencia en los hombres que es de 6,4%; quinto, los desastres naturales como terremotos, avalanchas, maremotos, tornados, sequías, incendios, epidemias o inundaciones, exhibe una cifra mayor en las mujeres, dado que el porcentaje se encuentra en 5,4 y en los hombres 3,7%.

Sexto, aunque este tema no es tan abordado, las lesiones provocan más secuelas psicológicas en los hombres con 9,1% y en mujeres 2,8%, por último, la muerte de un ser querido, se considera más traumatizante en las mujeres porque la cifra se coloca en un 16,2% y en los hombres un 12,6%, por ende, se puede sintetizar que el evento más adverso, tiene que ver con las violaciones en hombres que en mujeres, teniendo en cuenta una cifra tan alta como esta, deja pensar, que es más factible desarrollar el trastorno por estrés postraumático en toda su esencia.

Tabla 4
Prevalencia (%) de TEPT frente a determinados hechos traumáticos por sexo

Tipo de trauma	Hombres	Mujeres
Violación	65,0	45,9
Abuso sexual	12,2	26,5
Asalto	1,8	21,3
Accidente	6,3	8,8
Desastres naturales	3,7	5,4
Combate	38,8	-
Testigo de muerte o graves lesiones	9,1	2,8
Informarse acerca del hecho traumático	1,4	3,2
Muerte súbita de un ser querido	12,6	16,2

Apéndice 2. Tomado de Carvajal C. (2002) Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos.

Como se indicó en un principio, también se encuentran los pacientes que poseen problemas médicos, psicológicos o psiquiátricos que generan esta enfermedad por herencia o por trastornos comórbidos. Cabe aclarar, que todas las personas tienen la posibilidad de desarrollar este trastorno, en caso de que sus vidas sean expuestas ante algún peligro o que el suceso sea vivenciado de la forma más violenta y atroz. En síntesis, el trastorno por estrés postraumático no se enfoca en el sexo, raza, edad, estrato socioeconómico o nivel de educación, basta sólo experimentar un evento que conmocione al ser humano, hasta tal punto que revivan la experiencia desagradable y todas sus áreas personales se vean afectadas.

Para terminar este capítulo, la definición del trastorno por estrés postraumático se debe a una enfermedad que surge como consecuencia de haber experimentado un evento extremadamente traumático, en sentido contrario, la persona que experimenta no sólo es la única afectada, sino también las personas que comparte su núcleo familiar, por ende, las consecuencias repercuten tanto en la salud física, emocional y mental como también en el área social de la misma. Desde el programa de Psicología y todo el colectivo que hace parte de la salud, se debe contar con los mejores equipos salubres para poder atender la población que día a día se haya indefensa ante las circunstancias y factores que ocurren en el entorno, por este motivo, conocer todo lo que respecta al Trastorno por Estrés Postraumático da a entender a los lectores e interesados del tema, de que se trata esta enfermedad, su epidemiología, el origen y las causas que tiene ésta.

Capítulo 2: Factores Psicosociales en Desastres Naturales.

Apoyo social.

Este tema tiene que ver con apoyo social que se puede postular dentro de la población que ha sido estropeado por el desastre natural, gracias a Barra (2004) exhibido por García F. y Mardones R. (2010) insinúa que el apoyo social: “(...) se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (...)” (Pág. 88) a partir de lo mencionado, se puede concebir que el apoyo social se asemeja a una estrategia psicosocial que se puede utilizar con las personas damnificadas y su influencia positiva puede mejorar la calidad de vida de las mismas. Su efectividad se puede percibir mediante el estudio que hace Brewin C., Andrews B. & Valentine J. (2000) descrito por García F. y Mardones R. (2010) al manifestar que: “(...) la falta de apoyo social es un factor de riesgo para la aparición del TEPT o que resulta un buen predictor para la aparición de este trastorno en supervivientes (...)” (Pág. 88) el enunciado teórico que hacen los autores, suena notable para el grupo de investigación, debido a que ha sido una de las sugerencias que se tiene en cuanto al afrontamiento del trastorno por estrés postraumático, haciendo alusión en que la parte psicológica, farmacológica, psiquiátrica y social, se debe consolidar en una sola estrategia de intervención en este tipo de enfermedad.

Así mismo, García F. y Mardones R. (2010) juntando a Armenian et al., (2000) hace hincapié en que:

“junto a un mayor nivel educacional y la posibilidad de hacer amigos tras la tragedia, el apoyo inmediato fue un importante factor protector para prevenir el TEPT en supervivientes del terremoto de Armenia el año 1988, medido el TEPT dos años después del desastre.” (Pág. 88)

Si bien es cierto, el apoyo social puede ayudar a solventar cualquier tipo de problema que se presente en la población, después de que esta ha sido afectada por un desastre natural que toma la vida de las personas de forma inesperada, y que el dolor cae en los familiares que conservan la obligación de brindarles una digna sepultura. Todo ello, sirve para que el apoyo social es una de las primeras intervenciones que se adecue con esta población y poder subsanar algunas áreas que requieren de la mencionada con el fin de prevenir la magnitud que conlleva el desarrollo del trastorno por estrés postraumático.

Red de apoyo.

Inicialmente la red de apoyo tiene que ver como un pilar fundamental en el proceso terapéutico que se lleva con aquellas personas que se han visto inmersas en un desastre natural y que, las respuestas inmediatas ante estos de sucesos son pocas, por lo tanto, Díaz P. & Niño S. (2012) referenciando a Amador M.(1994), señala que la red de apoyo es: “un espacio de intercambio de experiencias, con un mecanismo de organización e interacción alrededor de áreas de énfasis o temáticas, pudiendo ser asumida como estrategia de coordinación funcional para la prestación de servicios” (Pág. 69) efectivamente, las redes de apoyo, construyen como tal un tejido social en el que se vincula el conocimiento psicológico para que las personas que han sido afectadas por los desastres naturales, puedan desarrollar estrategias que les permita retomar las actividades personales y labores que antiguamente ejercían, sin que ningún estímulo interno o externa interrumpa en ellas.

Definitivamente, la red de apoyo se puede formar de forma interdisciplinario o con un conglomerado de personas, que, partiendo de un interés, problemática, deseo o interés común, puedan llegar a algún acuerdo en el que se establezca un vínculos que les permita incrementar sus

habilidades de grupo y dominio de él, ya sea mediante el entrenamiento en destrezas comunicativas, resiliencia, tolerancia a la frustración o manejo de emociones, pero que a la final, el grupo o red pueda contraponer las circunstancias que produjo el desastre natural.

Es de suma importancia conocer que las redes de apoyo, “se encuentran estructuradas en 3 grupos”, que el referente Henao D, (1998) señaló gracias a que Díaz P. & Niño S. (2012) lo ha expuesto, por ende, los tres grupos se explicaran a continuación:

Redes de sociabilidad: Se encuentran conformados por las relaciones sociales que existe entre los habitantes del barrio, la amistad o parentesco que posee con ellas.

Redes de comunicación: Están constituidas por el código comunicativo que se evidencia en la interacción y dialogo que posee dos o más personas.

Redes de transacción, que implican la movilización de recursos, la negociación, resolución de conflictos y la utilización de intermediarios.

Se denota el gran significado que representan los grupos de apoyo en sobrevivientes de desastres naturales, ya que el apoyo social puede moderar los efectos desfavorables del evento infortunio que han experimentado estos, y crear espacios que fomenten el bienestar mental. Por lo que, Kaplan R. & Toshima M. (1990) alegado por Díaz P. & Niño S. (2012) rescata que las relaciones sociales: “pueden proporcionar un sentido de identidad, una fuente de evaluación positiva o un sentido de autoeficacia, y contribuir al estado general de salud” (Pag. 71)

Casi todo lo anterior es aplicable a lo que acontece Wilson J. & Keane T. (1997) notificado por Díaz P. & Niño S. (2012), al sostener que: “El apoyo social ha sido ampliamente estudiado como un “amortiguador”, del deterioro causado por los efectos del estrés, además como factor protector en la prevención del estrés post traumático crónico”. (Pág. 72) así las cosas, sólo cabe meditar que la participación de los familiares, amigos de infancia y compañeros de trabajo, a la larga simboliza la estrategia esencial para neutralizar el trastorno por estrés postraumático en todo su furor, de este modo, las personas que padezcan esta enfermedad con ayuda del Psicólogo clínico, podrán entender que cuentan con el sostén familiar y social de sus seres queridos.

El papel de la familia en el desarrollo del trastorno por estrés postraumático.

Díaz P. & Niño S. (2012) nombrando a Herndon A. & Law J. (1985) avala que “La habilidad de una familia al apoyar a un sobreviviente de algún evento traumático, tiene un impacto considerable.” (Pág. 72), de este modo, las personas que son cercanas al afectado por el evento traumático, primero deben educarse en cuanto a la enfermedad y de esta manera puedan tener conocimiento en cuanto a lo que el familiar siente, piensa y su forma de comportante ante ciertas situaciones; esto se hace con el propósito de que la calidad de apoyo se vea de forma considerable al desarrollar una calidad de apoyo con los pares familiares y de pareja.

Añádase esto, al anexar la participación de Healthology Inc, (2002) mencionado por Díaz P. & Niño S. (2012), sus declaraciones hablan sobre:

“El papel de la familia es sumamente relevante, en la medida en que la red familiar actuaría como reforzador de las estrategias de afrontamiento manejadas por los individuos, además de proporcionar apoyo emocional y psicológico a los mismos (...), la comunicación resulta ser una de las herramientas principales en la elaboración de los sucesos traumáticos.” (Pág. 72)

Con esto en mente, el autor postula la relevancia de contar con una red de apoyo familiar que suministre el reforzamiento emocional y psicológico, necesario para las personas afectadas

por un desastre natural; tanto así, que las personas después de haber experimentado el evento, la primera atención que requiere es el de su familia, puesto que, facilitará el acompañamiento, el apoyo y la comprensión de lo que el sobreviviente ha experimentado, de aquí se desprende que, estos pilares evitan que el mismo, se aislé o sienta que ninguno de sus pares tiene conocimiento de lo que le está pasando, es decir que, lo que en palabras castillas se conoce como “incomprendido”.

Consecuencias psicosociales.

Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) esclarece un apartado teórico que es relevante para hablar sobre este capítulo, por este motivo cita a Espinosa B. (2008) ya que el estatuye que: “Desde el surgimiento de la humanidad, hemos sufrido los impactos de distintos desastres y catástrofes, naturales o causados por el hombre, que han llegado a transformar nuestra historia (...)” (Pág. 819) apoyando lo que sugiere el autor, es concerniente atestiguar que el desastre natural ocurrido en Mocoa – Putumayo, se debió a una negligencia administrativo que estuvo hace más de 12 años de administración pública, en aras de que existían la responsabilidad de crear un plan de contingencia que contrapesara las fuertes lluvias que azotaban el municipio, sin embargo, este proyecto se desplazó constantemente hasta tal punto que ocurrió la avalancha en horas de la noche y que tomó la vida de cientos de personas, que incluso hasta ahora, no se han dado con el paradero de las demás, ya que los familiares refiere que se encuentran sepultados.

Después de una serie de eventos traumáticos que no sólo han marcado la historia sino también la salud mental de aquellas personas que intervinieron en ella, por ello Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) resaltando a Varela J., Bruno L., Roane M. y Arena M. (2011) exhibe el planteamiento de Freud con respecto a: “las huellas que dejan los disimiles de evento de la vida en los seres humanos” (Pág. 820), desde la corriente psicoanalista, esto se conoce como neurosis traumática, entendida como aquel suceso traumático que se revela continuamente en los sueños y que provoca susto y desesperación en aquellos que la padecen.

Es notable inferir en que, durante los años 60, se empezó a estudiar con envergadura las consecuencias psicosociales que ocasiona un desastre natural, a diferencia de las secuelas psicológicas que provocaban en los veteranos de Vietnam que refieren una serie de hechos que, incluso hoy en día provoca pánico en la población civil que ha escuchado las narraciones de aquellos que participaron en esta dura guerra; aunque, no fue hasta los años 80 que los factores psicosociales se empiezan a cambiar por variables ambientales, sociales y psicológicas y para los años noventa la Organización de Naciones Unidas (ONU) como relata el autor Osorio C. y Facio L. (2012) comparecido por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) se propone: “(...) “promover un desarrollo tecnológico adecuado y suficiente para poder prevenir las consecuencias indeseables que, con frecuencia, los desastres naturales tienen sobre las poblaciones afectadas.” (Pág. 821) en comparecencia de esto, es un proyecto que a los ojos de muchas personas es favorable, sólo que en un sistema político como el de Colombia, la aplicación de ello se ve limitado.

El desastre psicológico.

Algunas investigaciones como las que adecuó Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) de Pérez J. (2013) informa que:

“(...) las investigaciones afirman que, ante una catástrofe, solamente el 15 % de las personas no sufren ninguna consecuencia en su salud (...), un 15 % de los damnificados presentan diferentes reacciones patológicas y el 70 % de ellos presentan ciertas alteraciones emocionales patológicas y pérdida de la iniciativa, aunque su actitud es aparentemente calmada.” (Pág. 821)

Dicho eso, el porcentaje relevante que se cita es el del 70% de las personas que han sobrevivido ante un desastre natural, son factibles para que presenten alteraciones en el área emocional y mental, por lo que se puede aludir en que después de un desastre natural viene un desastre psicológico que provoca malestar en su psiquis, que ya no tiene nada que ver con la actividad física que se ve implicada en las escenas catastróficas, defendiendo el hecho de que cada

persona damnificada por un suceso adverso, más adelante se encuentra en la posibilidad de generar alguna patología en él y en las personas que están vinculadas emocionalmente.

Intervenciones Psicosociales como contra respuesta a desastres naturales.

En lo que respecta a las intervenciones psicosociales que se pueden implementar en situaciones como lo que es un desastre natural, por ende, Ruiz A. (2003) citado por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) propone que la estrategia se relaciona con la: “Primera Ayuda Psicológica” ya que para el autor esta ayuda se encuentra relacionada con la persona, grupo, familia, institución o comunidad en crisis. Así que, el autor recopila una serie de intervenciones psicosociales más usadas a nivel mundial frente a esta clase de sucesos, y que, del mismo modo son aplicables en cualquier persona, población o institución que las requiere.

Comunicación durante acciones de rescate o evacuación: Osorio C. y Facio L. (2012) y Valdés O., Lavigne M., Ruiz A., Pérez J., Sosa V., Lorenzo A. (2012) referenciados por difieren que: “lo primero que se debe hacer es identificarnos, (...) referirse a la persona siempre por su nombre, así como mantener el contacto verbal para mantener la atención.” (Pág. 823), según el autor esto se hace en el momento en que la persona está siendo rescatada por parte del cuerpo de bomberos y que si viene es cierto, las estrategias facilitarían la confianza y tranquilidad que requiere la persona que está siendo atendida.

Comunicación después del rescate o evacuación: Osorio C. y Facio L. (2012) y Valdés et. al (2012) presentado por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) relatan que: “(...) el mantenimiento de una comunicación y actitud calmada son acciones imprescindibles” (Pág. 823), en lo que respecta a los autores, su investigación sostiene que, la identificación de profesional en perturbantes circunstancias es lo que permite que los sobrevivientes no entren en crisis y de este modo, evitar acciones que afecten el estado en el cual se encuentren, ya sea que estos rompan en llanto, estén desorientados en tiempo y

espacio o su tono de voz sea fuerte, así que, el personal encargado de ello debe comunicarse de forma apacible y concisa frente al sobreviviente, para que este logre entender lo que ha ocurrido.

La distracción atencional ante una situación traumática: Osorio C. y Facio L. (2012) adjuntado por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) establecen que: “los afectados pueden llegar a percibir sensaciones de irrealidad” (Pág. 823) en relación a ello, esas sensaciones vienen a convertirse en alucinaciones auditivas y visuales que obstaculizan la comprensión de la realidad y que, si esto ocurre de forma constante, puede provocar el desmayo.

Debriefing o CISD (critical Incident Stress Debriefing): Escudero J. (2008) introducido por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016), enaltecen que esta técnica es: “(...) una intervención breve que se realiza en los primeros días luego del evento traumático.” (Pag. 823), además como expone Ehrenreich J. (1999) “La técnica conocida como Debriefing (Critical Incident Stress Debriefing), fue creada por Mitchell en 1983” (Pág. 823) ahora bien, esta técnica puede ser aplicada de forma individual o grupal, sólo que, su objetivo radica en estructurar los acontecimientos y experiencias experimentadas por parte de los sobrevivientes, y que, los mencionados puedan tener claro la tragedia a la cual se han enfrentado.

Defusing o Desactivación: Balojan I, Chia E, Cornejo C, Paverini C. (2007) apuntado por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) esta técnica está orientada a: “(...) a los equipos de primera respuesta y profesionales del ámbito social, con el fin de proporcionar información y apoyo y favorecer una pausa emocional.” (Pág. 824) es decir, que cada sesión que se trabaje con el grupo de personas que han participado en diferentes desastres naturales, necesitan de una intervención que optimice y estabilice su inteligencia

emocional, puesto que son muchos factores físicos y psicológicos a los cuales se deben enfrentar en su labor profesional.

Informe manejo de crisis: Pérez J. (2013) mencionado por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) hace alusión a: “(...) la población afectada para proporcionarles información del incidente.” (Pág. 824) el enunciado científico, propone comprobar y organizar los diferentes rumores que crean los mismos sobrevivientes con respecto a su situación vulnerable, por ello, el profesional encargado de aplicar esta técnica, debe tener en cuenta que esto sólo es un instrumento estadístico y narrativo, por lo que debe diseñar las estrategias terapéuticas necesarias para inhibir el estrés, irritación, depresión y trazar objetivos a corto plazo que conlleve a mejorar la calidad de vida.

Relajación: Pérez J. (2013) mencionado por Prieto R., Correa G., Martínez I. y Rasua A. (2016) enuncia que: “existen disímiles técnicas de relajación para enfrentar el estrés.” (Pág. 824) y claro está, que son muchas, pero las más representativas están ligadas al manejo de la tensión muscular y el estrés, puesto que el área mental siempre imperará en la física. Además, la aplicación de estas estrategias es de forma rápida y que a la par, el damnificado puede emplearla en cualquier momento o situación que genere intranquilidad.

En conclusión, el apoyo social se asemeja a una estrategia psicosocial que se puede utilizar con los vulnerados y su influencia positiva puede mejorar la calidad de vida de las mismas, aun así, el apoyo social puede ayudar a solventar cualquier tipo de problema que se presente en la población, además, el apoyo social se sobrepone como una de las primeras intervenciones que se adecue con esta población y poder subsanar algunas áreas que requieren de la mencionada con el fin de prevenir la magnitud que conlleva el desarrollo del trastorno por estrés postraumático. Seguidamente, las redes de apoyo, coadyuvan a construir un tejido social en el que se vincula el conocimiento psicológico para que las personas que han damnificadas puedan desarrollar

estrategias que incite a la nueva incorporación de actividades personales y labores que antiguamente ejercían.

De la misma manera, los anteriores autores postulados preponderan lo sobresaliente de tener una red de apoyo familiar que suministre el reforzamiento emocional y psicológico, necesario para las personas vulneradas; tanto así, que la primera atención que requieren son las de sus familias, puesto que, facilita el acompañamiento, el apoyo y la comprensión de lo que el sobreviviente ha experimentado.

Por último, lo concerniente a las intervenciones psicosociales se resalta la comunicación durante acciones de rescate o evacuación en el momento en que la persona está siendo rescatada por parte del cuerpo de bomberos, la comunicación después del rescate o evacuación donde se hace uso de la identificación de profesional con los sobrevivientes, la distracción atencional ante una situación traumática en aras de controlar sensaciones asociadas alucinaciones auditivas y visuales, el Debriefing o CISD (critical Incident Stress Debriefing) entendida como la técnica encargada de estructurar los acontecimientos y experiencias experimentadas, el Defusing o Desactivación utilizada durante la intervención en crisis emocional, el informe manejo de crisis comprueba y organiza los rumores que crean los perjudicados con respecto a su situación vulnerable y la última técnica tiene que ver con la relajación visto que, la tensión muscular y el estrés es producto de estímulos asociados.

Capítulo 3: Concepción Demográfica y Característica del Municipio de Mocoa – Putumayo.

Este último capítulo revelará información sobre el municipio de Mocoa Putumayo, para que el lector pueda tener una idea clara de lo que es, produce y posee Mocoa, cabe aclarar, que existen algunos temas que se describirán de forma narrativa, ya que se tiene conocimiento directo en cuanto al tipo de información que se postule dentro del mismo capítulo y para aquellos temas, que no se cuente con el conocimiento necesario, se anexará la información que se encuentra del Plan Básico de Ordenamiento Territorial.

Acueductos Principales del Municipio.

El municipio de Mocoa se caracteriza por ser uno de los municipios con gran abastecimiento de agua, por ello hace que este territorio sea fructífero en todas sus zonas verdes y que este valioso líquido pueda llegar a los diferentes acueductos veredas y del centro urbano. En ese mismo sentido, es de suma relevancia describir los principales ríos del municipio de Mocoa, que el primero de ellos, está compuesto por la microcuenca del río Dorado que colinda con el río Pepino, ubicado hacia la salida Pasto – Nariño. Después, está el río Mulato, que es una de las fuentes esenciales y abastecedoras del acueducto municipal de Mocoa.

Por otro lado, se encuentran las quebradas la Taruca y el Conejo que surten el acueducto de los Barrios Unidos, la quebrada el Almorzadero fuente del acueducto denominado del Alto Afán, que también son fuentes abastecedoras de agua de las cuencas que surten el casco urbano de las zonas aledañas.

Datos Históricos.

Desde el siglo XVI que fue fundado el municipio de Mocoa, actualmente cumple cerca de 440 años de historia, como dato representativo para sus habitantes, sólo que ha muy pocos documentos que respalden esta información sobre la ciudad. Concedido todo eso, el Plan Básico de Ordenamiento Territorial señala que una de las principales vías que se empezó a desarrollar fue la construcción de la carretera Mocoa-Pasto se efectuó en el año de 1940, donde tuvo grandes impactos al disminuir el aislamiento del municipio con esta ciudad vecina, así mismo la construcción de la carretera Mocoa-Pitalito favoreció un crecimiento acelerado en la ampliación territorial de Mocoa. A esto se añade que, la vereda Yungillo es un lugar histórico y arquitectónico, ya que en él se encuentran todas las evidencias que soportan la cultura indígena desde 1940, y que hoy en día se ha edificado como un resguardo indígena que cuida de sus valores, creencias, principios y costumbres nativas, por lo tanto, la conservación de estos valores arquitectónicos resulta prominente para la historia del municipio de Mocoa.

Ahondando un poco más, las Negritudes o Afromocoenses han desarrollado un papel crucial en los asentamientos del municipio, puesto que sus raíces se encuentran adscritas en el corregimiento de Puerto Limón y que su participación en la cultura indígena, también hace parte de las raíces culturales de Mocoa. De ahí se desprende que, con la promulgación de la Ley 70 las negritudes han comenzado a buscar sus propios espacios, a pesar de que la Ley los contemple en la zona de la Costa Pacífica como territorio susceptible para la creación de reservas o áreas de propiedad común, por consiguiente es de suma importancia que se adecuen zonas comunitarias en el municipio donde tradicionalmente han habido asentamientos Afromocoenses, ubicados en la Inspección de Puerto Limón en las veredas de La Pedregosa y Caimán al sur del municipio.

Resguardos Indígenas de Mocoa.

El Plan Básico de Ordenamiento Territorial postula que los Cabildos Indígenas se encuentran organizados tanto en la vereda Yungillo como en el casco urbano de Mocoa. Es así que, para mayor comprensión se anexa el nombre de los resguardos indígenas y su ubicación actual.

Yungillo: Cabildo Mayor ubicado en la Inspección de Policía; Cabildo de Osococha en la localidad o vereda del mismo nombre y San Joaquín. Este Resguardo cuenta con otros núcleos como San Carlos y Tandarido, pero por estar en territorio del departamento del Cauca no los referenciamos.

La Esperanza: ubicado en Condagua

Inga: ubicado en la Inspección de Puerto Limón

Inga-Kamentsa: Ubicado en el casco urbano de Mocoa como Cabildo y no como Resguardo.

Amenazas y Riesgos prominentes.

En lo que tiene que ver con las amenazas, tanto terrestres como fluviales, el Plan Básico de Ordenamiento Territorial detalla que las amenazas pueden afectar tanto al municipio como a los mismos habitantes, con esto en mente se presentara las principales amenazas y riesgos a los que se encuentra expuesto todo el municipio.

Transporte.

Transporte Terrestre: Este transporte causa riesgos debido a la congestión, ruido y emisión de gases que producen todos los vehículos que están el municipio, por lo que,

los riesgos están encaminados a causar generar molestias y enfermedades respiratorias, así pues, el aumento del transporte incrementará de forma ostentosa estos riesgos.

Transporte Fluvial: Actualmente Mocoa, no cuenta con ríos en los que se pueda navegar, entre tanto, el Plan Básico de Ordenamiento Territorial alude en que ciertos habitantes de la vereda Yunguillo utilizan las balsas para trasportarse por el río Caquetá, por ende, esta actividad se considera demasiado peligrosa, considerando que están arriesgando sus vidas.

Minería.

En esta parte, la actividad minera se ve ligada a la extracción del oro, dicho eso, las amenazas que produce en las zonas verdes, ocasión una gran devastación ecológica; a diferencia de la actividad petrolera, puesto que, ésta siempre se ha encontrado expuesta al conflicto armado y el riesgo que genera en las zonas verdes y las nacientes de agua potable, es preocupante.

Desastres naturales:

El Plan Básico de Ordenamiento Territorial argumenta que las altas precipitaciones, las fuertes corrientes de los ríos, las tempestades eléctricas y de fuertes vientos son una amenaza preponderante que produce riesgos y conminaciones hostiles para la población. Pasando ahora

a la sismicidad, el municipio se encuentra ubicado en el piedemonte de la cordillera de los Andes por donde cruzan varias fallas geológicas como la que lleva el mismo nombre de Mocoa.

Producción Agrícola.

La principal actividad de los habitantes del municipio de Mocoa es la agricultura, sin embargo, tiene menor relevancia en comparación con el comercio, ya que, por ser la capital del Departamento del Putumayo, concentra gran cantidad de entidades. Prosiguiendo con el tema, el sector agrícola es uno de los aspectos más destacable del municipio, teniendo en cuenta que en torno a éste gira la economía de Mocoa, cuenta con una gran variedad de productos agrícolas, ya que su variedad de condiciones le permiten aprovechar los diversos tipos de suelo y de microclimas, así por ejemplo los principales sistemas de producción que posee el territorio mocoense son: la caña panelera, el café, el plátano, la yuca, la piña, el maíz, el chontaduro, los cítricos y los frutales promisorios; como se ve, el área total del sector agrícola en el municipio de Mocoa es de 1.328,9 Ha. Correspondientes al 1,052% del área total del Municipio (126.300 Ha.)

Caña Panelera.

El Plan Básico de Ordenamiento Territorial muestra que, el cultivo de caña panelera es considerado como la principal actividad agrícola en el municipio de Mocoa, por su área sembrada y por el gran número de jornales que se emplean tanto en las labores del cultivo como en su transformación. Concedido todo eso, la caña se cultiva en la subregión de Mocoa, principalmente en las veredas cercanas a la cabecera municipal entre las que se destacan Rumiaco, Las Planadas, Los Andes, Villanueva, El Pepino, San Antonio, Campucana, Guadales, Pueblo Viejo y Montclar.

El comportamiento del cultivo de caña para los últimos cinco semestres, tanto a nivel Departamental como municipal, se relacionan de la siguiente manera: (ver cuadro 1)

SEMES	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOYA			% DE PARTICIPACIÓN DE ÁREAS
	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg/Ha)	Area sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	COSECHADAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
A 97	374	3.000	166	129	3.000	34,49
B 97	374	3.000	157	120	3.500	32,08
A 98	510	3.093	254	152	3.500	29,80
B 98	408	3.035	254.5	254	3.500	62,25
A 99	423	3.035	254	254	3.500	60,04

Cuadro 1. comportamiento del cultivo de caña.

De acuerdo con el cuadro anterior, se logra interpretar que la superficie actualmente en uso por parte de este cultivo es de 254 hectáreas correspondientes al 19,11% del área agrícola, con un rendimiento promedio de 3.500 kilogramos por hectárea, para una producción total de 889 toneladas de panela. (Unidades Municipales de Asistencia Técnica Agropecuaria (UMATA), Municipio de Mocoa). Ya en lo que tiene que ver con la comercialización, este producto se distribuye en la zona baja del departamento del Putumayo, como lo son los municipios de Villagarzón, Puerto Caicedo, Puerto Guzmán, Puerto Asís, La Hormiga y otros.

Café.

El cultivo de café goza de nueve años de haberse sembrado en el Municipio de Mocoa; sin embargo, apenas hace dos años, La UMATA indaga en que, las principales veredas cultivadoras de este producto están La Tebaida, Las Mesas, Campucana y San Martín. Después de todo esto, el Café que se cultiva en Mocoa, se haya entre los 800 y 1250 metros sobre el nivel del mar, precipitación media de 4.000 mm anuales y temperaturas entre los 17 y 23°C correspondientes a las zonas agroecológicas Mk, Kv. Y Mg, y el comportamiento del cultivo de café, para los últimos tres semestres, tanto a nivel Departamental como municipal, se encuentra de la siguiente forma: (ver cuadro 2)

SEME S	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOCA			% DE PARTICIPACION DE AREAS COSECHA
	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg /Ha)	Área sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	DAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
A 98	14	3.700	18	14	3.700	100
B 98	18	2.850	24	18	2850	100
A 99	24	2.850	24	18	2.850	75

Cuadro 2. Comportamiento del cultivo de café.

Los datos que se enuncia en el cuadro, conceder vislumbrar que este producto se comercializa como grano seco en bultos de 62,5 kilogramos en las ciudades más cercanas del municipio de Mocoa, como lo es Pitalito y Pasto.

Plátano.

El plátano se cultiva en cualquier época del año y en diferentes tipos de suelos del municipio, sean planos o quebrados, la producción y cultivo es el mismo, dado que el comportamiento de este producto nutricional se mide de forma semestral en el departamento del Putumayo y el siguiente cuadro lo respalda (ver cuadro)

SEMESTRE	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOA			% DE PARTICIPACION DE AREAS COSECHA
	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg/Ha)	Área sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	DAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
A 97	8.641	6.790	120	96.5	4.500	1.12
B 97	8.641	6.790	115	94	4.500	1.09
A 98	7.566	6.405	279	115	4.500	1.52
B 98	8.302	7.983	279	265	4.500	3.19
A 99	9.264	7.198	228	226	4.500	2.44

Cuadro 3. Comportamiento del cultivo de plátano.

El suelo que se presta para la siembra del plátano es de 228 hectáreas, que corresponden al 17.16% del área del sector agrícola, y su rendimiento promedio es de 4.500 kilogramos por hectárea, llegando a una producción de 1.026 toneladas. Frecuentemente, la producción del plátano está destinada a ser consumida en un 90%, mientras que la comercialización sólo se refleja en un 10% en las veredas Condagua, Ticuanayoy y Fronterizas del Paisaje.

Yuca.

La yuca que se cultiva en Mocoa se distribuye en su mayoría para el autoconsumo y en una cantidad diminuta para ser comercializada en las plazas locales. El cultivo que se vive en Mocoa se puede detallar en el siguiente cuadro: (ver cuadro)

SEM ES	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOA			% DE PARTICIPACION DE AREAS COSECHA DAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg/Ha)	Área sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	
TRE A 97	2.035	8.928	270	270	5.000	13.26
B 97	3.400	8.800	282	245	4.800	7.20
A 98	3.503	10.674	209	185	4.800	5.28
B 98	3.265	8.924	237	204	4.800	6.25
A 99	2.673	11.118	213	182	4.800	6.80

Cuadro 4. comportamiento del cultivo de yuca⁸

Se agrega que, actualmente en la zona donde se siembra esta hortaliza es de 213 hectáreas con un 16.03% del área del sector agrícola, con un rendimiento promedio de 4.800 kilogramos por hectárea y la producción actual de 1.022,4 toneladas. Tanto así que, las más distinguibles veredas productoras de yuca en Mocoa se encuentran Yunguillo, Condagua y Osococha. Las cuales se encuentran ubicadas en las zonas agroecológicas Kv, Kc, y Mg.

Piña.

El cultivo de la piña se realiza en pequeñas o grandes parcelas, donde el terreno sea arcilloso y con una pendiente no muy pronunciada. En lo que respecta al comportamiento que tiene el cultivo se puede ilustrar en el siguiente cuadro (ver cuadro)

SEM ES	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOA			% DE PARTICIPACION DE AREAS COSECHA	
	TR E	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg/Ha)	Área sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	DAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
A 97		126	9.325	18.5	15.25	24.000	12.10
B 97		126	9.325	19.5	16	24.000	12.70
A 98		112	12.029	19.5	19.5	24.000	17.41
B 98		109	5.362	17.5	158	22.000	13.76
A 99		114	12.400	18	15	22.000	15.79

Cuadro 5.. Comportamiento del cultivo de piña.

En este cuadro, se puede entender que el área total plantada de piña es de 19,3 hectáreas, con una representación del 1.45% del total del área del sector agrícola, con una recolección de 22.000 kilogramos y 424.6 toneladas. Las explicaciones precedentes connotan que las veredas más favorecidas de Mocoa, están: El zarzal, San José del Pepino y Condagua que se encuentran ubicadas en las zonas agroecológicas Kv y Mg.

Chontaduro.

El chontaduro, es una de las especies amazónicas básicas en la alimentación, el cual se encuentra establecido generalmente como cultivo mixto, intercalado o conformando las llamadas Chagras. La evolución productiva se puede analizar el siguiente cuadro, haciendo hincapié en que, el área total plantada es de 32,8 hectáreas, correspondiente al 2.47% del total del área del sector agrícola, además su utilidad está en los 3.500 kilogramos por hectárea y 114,8 toneladas (ver cuadro)

SEME S	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOA			% DE PARTICIPACION DE AREAS COSECHA
	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg/Ha)	Área sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	DAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
A 97	645	4.363	17.3	16.5	3.500	2.56
B 97	645	4.363	17	16	3.500	2.48
A 98	987.3	5.562	35	17.3	3.500	1.75
B 98	1.107	5.227	35	18	3.500	1.62
A 99	1.113	5.242	35	22	3.500	1.98

Cuadro 6. Comportamiento del cultivo de chontaduro.

Este cultivo, al igual que los demás sistemas productivos del Municipio, presentan serios problemas en cuanto a mercadeo y comercialización y vías de acceso adecuadas, que permitan sacar el producto en óptimas condiciones ya sea para los mercados locales como para los regionales y nacionales, por lo que las principales veredas productoras de chontaduro en el Municipio se encuentran Yunguillo, San José del Pepino, San Carlos y la inspección de Puerto Limón.

Maíz

El maíz en Mocoa se cultiva en todas las subregiones con variedad de suelos, ya que este elemento de la canasta familiar mocoense constituye parte de la dieta alimenticia de los productores del campo. Es así que, para el segundo semestre del año 1.999, la superficie sembrada de maíz en el Municipio fue de 525 hectáreas y 39.51% del total del área del sector agrícola con una producción de 330,75 toneladas, del mismo modo, el comportamiento de esta producción se verá observado en la siguiente matriz (ver cuadro)

SEM ES	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO		MUNICIPIO DE MOCOCA			% DE PARTICIPACION DE AREAS COSECHA DAS, MUNICIPIO/ DEPARTAMENTO
	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (kg/Ha)	Área sembrada (Ha)	Área cosechada (Ha)	Rendimiento Prom. (Kg/Ha)	
A 97	3.374	1.124				•
B 97	2.253	1.092	745	615	630	27.30
A 98	2.718	1.671				•
B 98	4.210	1.237	525	480	630	11.40
A 99	4.112	937	52	40	630	0.97

Cuadro 7. Comportamiento del cultivo de maíz.

Por lo general, comercialización que se efectuar se suele dar a precios muy bajos, para después trasportarlos hasta los mercados locales, que se encuentran en otras ciudades. sin tener en cuenta que, las labores de cultivo se efectúan manualmente, empleando mano de obra familiar y contratada.

Cultivos promisorios.

El lector debe tener presente que, en el Municipio de Mocoa, además de los cultivos tradicionales, también cuenta con una serie de frutas amazónicas que incrementan el desarrollo económico a nivel municipal y departamental, gracias a que se produce arazá, copoasú, uva caimaronana, guanábana, zapote, pomaroso y otros. Debido a esto, la extensión que ocupa es de 12,2 hectáreas en el Municipio, lo que figura el 0.92% del total del área del sector agrícola.

Producción Pecuaria.

Toda la producción pecuaria está constituida por la comercialización del ganado vacuno, la porcicultura, cuyicultura, piscicultura y avicultura, de modo que, a continuación, se explicara cada una de estos ejercicios pecuarios de manera más amplia y contundente.

Ganado Bovino.

Los sistemas de cría, levante engorde y lechería no se han desarrollado en forma intensiva en el Municipio, dado que la gran mayoría de los mocoenses dedicados a esta actividad tienen menos de 20 reses localizadas en las veredas de Condagua, Ticuanayoy, La Tebaida, El Mesón y la Florida. En lo que compete a la nutrición del ganado, se utiliza el pastoreo, la facilitación del agua que se toma de fuentes naturales y una adecuada alimentación que es suministrada con una mezcla de sal común con sal mineralizada. Ciertamente es que, la leche que produce el mismo ganado se utiliza para el consumo y distribución en los diferentes mercados de Mocoa, para que sea vendido y obtener ganancias mesurables.

Porcicultura

En el municipio de Mocoa, la explotación porcina es una tarea tradicional que se ha ejercido desde hace mucho tiempo, a sabiendas de que, su manejo se hace de forma matutina y sin ningún tipo de técnica que sea necesaria aplicarse con ellos. Mientras tanto, la alimentación de estos mamíferos se basa en los desperdicios de cocina los residuos de cosecha de plátano, cáscara de desechos de yuca y yota. Con esto en mente, la comercialización de estos animales sólo se lleva a cabo, de acuerdo a la necesidad que presente la población y las personas encargadas de comercializar este producto en las diferentes tercenas de Mocoa.

Cuyicultura.

El criadero de cuyes en el municipio de Mocoa muchas veces se practica en los diferentes hogares de las personas que cuentan con fincas o casas campestres se lleva a cabo principalmente, desde entonces su alimentación sólo se ha basado en los desperdicios de cocina y pastos.

Avicultura.

La actividad económica que es propicia en la avicultura, tiene que ver con lo siguiente:

Aves de engorde: esta explotación se inicia con pollos de 2 a 5 días de nacidos los cuales a su llegada se les suministra agua con un producto anti estresante para evitar la mortalidad.

Piscicultura.

La piscicultura es otra de las alternativas de sustento económico para los pequeños productores que se dedican a esta labora, resaltando el hecho de que, existe una minoría que se dedica al cultivo de peces con fines comerciales, de esta manera, la principal especie que se cultiva en los estanques de las diferentes localidades de Mocoa tiene que ver con la cachama, el bocachico y la tilapia, sólo que estas dos últimas especies restan poca importancia para la aceleración del a economía pecuaria.

Producción Forestal.

Mocoa hace parte de los municipios más ricos a nivel nacional, con respecto a las hectáreas de bosques que posee, oscilando una cifra 101.669,27 en diferentes grados de intervención equivalentes al 80,5% del total del área del Municipio (126.300 Ha.). La ocupación de estos bosques se explota con maderera y manera semi-artesanal de las diferentes especies como especialmente sangre de toro, arenillo, amarillo, caracolí, achapo, dentro de los más relevantes, para ser movilizadas a las principales ciudades como Pasto, Cali, Medellín y Barranquilla.

El potencial boscoso se encuentra principalmente en las áreas territoriales indígenas como Yunguillo, Condagua y Ticuanayoy y veredas como Campucana, San Martín, Galicias, Monclart, San José del Pepino, San Carlos y Bajo Afán. De acuerdo a las estadísticas que se llevan en cuanto a movilización forestal, el Municipio de Mocoa, es el que menor cantidad de madera en bruto moviliza, en comparación con los restantes Municipios del departamento. Aparte de esto, en Mocoa se ha determinado el aprovechamiento puntual sobre la especie palo

negro, el cual se emplea principalmente para la generación de poder calorífico de los trapiches paneleros y en menor escala, para la producción de carbón vegetal.

Para finalizar, el municipio de Mocoa se destaca por ser uno de los municipios con gran abastecimiento de agua, incurriendo en que sea fructífero en todas sus zonas verdes y que su valioso líquido pueda llegar a los diferentes acueductos veredas y del centro urbano. Al mismo tiempo, los principales ríos del municipio de Mocoa son: la microcuenca del río Dorado que colinda con el río Pepino y el río Mulato, que es una de las fuentes esenciales y abastecedoras del acueducto municipal de Mocoa. No obstante, las quebradas anexas son la Taruca, el Conejo y el Almorzadero. Igualmente, en el siglo XVI que fue fundado el municipio de Mocoa, actualmente cumple cerca de 440 años de historia, como dato representativo para sus habitantes, sólo que hay muy pocos documentos que respalden esta información sobre la ciudad.

Con respecto a la principal actividad de los habitantes del municipio de Mocoa, su razón de ser comienza por la agricultura, utilizada para el comercio de la caña panelera, el café, el plátano, la yuca, la piña, el maíz, el chontaduro, los cítricos y los frutales promisorios. Referente a la producción pecuaria, ésta se ve investida por la comercialización del ganado vacuno, la porcicultura, cuyicultura, piscicultura y avicultura. También, la producción forestal se explota por la maderera y manera semi-artesanal de las diferentes especies como especialmente sangre de toro, arenillo, amarillo, caracolí, achapo, dentro de los más relevantes, para ser movilizadas a las principales ciudades como Pasto, Cali, Medellín y Barranquilla.

Capítulo 4: Estrategias de Afrontamiento en Desastres Naturales desde la Salud Mental Positiva.

Concepto de Salud Mental Positiva.

Durante mucho tiempo los seres humanos han tratado de encaminar sus vidas de la forma más estable y duradera posible, o como lo alude el Derecho romano “*honeste vivere*” que significa vivir honestamente en una sociedad sin importar las condiciones del medio, entre tanto, ningún ser humano está exento de afrontar alguna problemática, calamidad o evento catastrófico que afecte la salud mental de los mismos, por ende, dentro de la salud mental positiva se puede anexar una serie de estrategias de afrontamiento que se adecuen a la necesidad psicológica presentada en la población, más aún, si se está hablando de un desastre natural.

Ahora bien, como lo contempla Flores E. (2009) presentado por Jiménez S. (2017) la Salud Mental: “aborda la salud como un aspecto global, en el cual se hace preciso atender a las personas en las diferentes dimensiones de salud que envuelven al ser humano” (Pág. 52) en efecto, la definición de la Salud Mental positiva hace referencia al bienestar integral, el funcionamiento óptimo y el equilibrio perfecto que debe desarrollar una persona para vivir armoniosamente en la sociedad, seguidamente, para los sobrevivientes del desastre natural, esto es pertinente abordarse si se está hablando de sujetos que hasta el momento no han hecho uso por el servicio terapéutico de un Psicólogo y la manifestación de los síntomas del TEPT requieren la participación de un Profesional de la salud mental, que oriente y dirija las técnicas adecuadas para la intervención.

Con todo y esto, la Salud Mental positiva es un tema tan propicio para desarrollarse en todos los seres humanos, pues esta es la que facilita el proceso de adaptación del hombre ante cualquier situación vivenciada o como lo supone Pacheco (2008) citado por Jiménez S. (2017) la Salud Mental (SM) es:

“(…) un concepto dinámico y cambiante, por el cual todas las personas en el transcurso de la vida atraviesan por diferentes periodos en los que el grado de la salud varia dentro de un “*continuum*” salud-mental y, en consecuencia, el cuerpo y la mente precisan adaptarse cada vez que las circunstancias internas o externas cambian.” (Pág. 53)

Esto es, un gran aporte científico que enaltece la importancia de la salud mental durante la adaptación al medio ambiente, sea por algún suceso adverso u hostil por el que tenga que atravesar el ser humano, pero que a la final esto puede presentar dos procesos, el primero tiene que ver con que la persona acepte la situación y se adapte nuevamente, y su salud mental mejore con el pasar de los días, segundo, la persona puede verse afectada por el suceso traumático que que continua en su vida, lo que resulta un proceso complejo si no se cuenta con la intervención psicológica.

Psicología de Catástrofes.

Para este apartado que toca el tema “*catástrofes*”, es común que en los habitantes se desarrollen alteraciones psicológicas por el fuerte evento que hayan tenido que vivenciar, pues esta reacción tiene que ver con los distintos traumas físicos y mentales que ocasiona un shock traumático, entre tanto, es menester relevar a Placanica A. (1985) referenciado por Capacci A. & Mangano S. (2015), pues hace una aclaración sobre términos como desastre y catástrofe, visto que, son similares, sólo desde la postura teórica del autor arguye que:

Hasta el desarrollo de la teoría de las catástrofes del matemático René Thom, es posible realizar una primera y fundamental distinción entre los dos términos: 'desastre', que originariamente significa "mala estrella", indica un evento perjudicial, cuyas consecuencias pueden ser absorbidas por un sistema, en tiempos relativamente breves. Por su parte, 'catástrofe' identifica una crisis con efectos de "alteración" materiales, organizativos, sociales, irreversibles para todo el sistema. (Pág. 37)

Conviene subrayar que, de acuerdo con la Teoría de Rene Thom los desastres naturales vienen siendo resultados de un fenómeno ambiental que a la par genera destrucciones, inundaciones o terremotos, mientras que, las catástrofes tienen que ver con un desastre natural que deja como final víctimas y destruye masivamente las estructuras físicas que se encuentran en el territorio, a pesar de que las víctimas se vean afectadas o no, sus bienes materiales si se ven envueltos en este incidente, o también aquel suceso fortuito que perjudica profundamente a la población civil, colocando en riesgo vidas humanas y estropeando el orden y la conducta de los ciudadanos.

Inicios de la Psicología de Catástrofes.

Es interesante que el comienzo de esta terminología comienza incluso mucho antes desde el naciera la Psicología, ya que De Nicolás L. (1997) suscitado por Fernández J. (2006) afirma que: “(...) Samuel Pepy, en el siglo XVII, y como consecuencia del gran incendio de Londres, narra lo que hoy conocemos como “*flashbacks*” en la sintomatología del Estrés Postraumático. (Pág. 30) gracias a esto, es que dentro del DSM V se puede encontrar este síntoma agregado dentro del criterio B de la enfermedad mental, puesto que, esta tiene que ver con la reexperimentación de la escena traumático. Seguidamente, el hecho que resaltan los autores se encuentra basado en una tragedia que azotó a la ciudad de Londres durante el siglo XVII, a causa de un fuerte incendio que inicia en una panadería y termina por rodear la ciudad completa, en ese mismo sentido, los sobrevivientes de aquel evento relatan hechos en los cuales los ciudadanos arrojaban a sus propios hijos por la ventana, con el propósito de salvar la vida de alguna de ellos, mientras que la de los mismos perecía en la escena.

Además, Fernández J. (2006) atestigua que:

“los antecedentes se remontan a finales del siglo XIX y principios del XX, que es cuando encontramos las primeras observaciones de psicólogos en catástrofes célebres, destacando William

James en el terremoto de San Francisco de 1906; Eduard Stierlin, en Zúrich, en 1906, que trabajó con 21 supervivientes de un accidente de una mina y con 135 personas dos meses después del terremoto de Italia de 1908; (...) estos estudios constituyeron el prelude de los estudios de la psicología de las catástrofes, que se organizaron sistemáticamente en el continente americano y en Europa al comienzo de la Segunda Guerra Mundial, surgiendo términos como “*fatiga de batalla*”, “*neurosis de guerra*”. (Pág. 30-31)

Como es bien sabido entender, la Psicología de catástrofes viene desde hace mucho tiempo y más aún con la participación de Científicos pioneros en el desarrollo de la Ciencia dedicada al estudio de los procesos cognitivos y la conducta humana llamada Psicología, de modo que, la experiencia de los autores ha forjado el hecho que, este término tenga un sustento teórico sólido en cuanto a la aplicación de la Psicología dentro de desastres naturales y catástrofes, siendo así que, los conocimientos de esta investigación siguen ayudando en el desarrollo de teorías que propicien los pilares útiles para ser aplicados con poblaciones afectadas por eventos traumáticos.

Por último, se tiene presente que uno de los pioneros en el trabajo investigativo con los supervivientes, es Lindemann, y este dato importante está indexado por Fernández J. (2006), al considerar preponderante que: “trabajó con los supervivientes y familiares del incendio del club nocturno Coconut Grove, en Boston, Massachusetts, describiendo a los sujetos que usaron como mecanismo de defensa la negación y fracasaron, y a los que sufrían una alta frecuencia de trastornos psicosomáticos, síntomas neuróticos y depresión.” (Pág. 31) con esto el autor quiere decir, que sus investigaciones han permitido que hoy en día muchos Psicólogos clínicos apliquen técnicas terapéuticas enfocadas en la aminoración de los síntomas de Estrés agudo y Trastorno por Estrés Postraumático, pues es convincente psicoeducar al Paciente que las técnicas que se utilizan durante un proceso de intervención psicológica son las que promueven el hecho que las personas puedan continuar con sus vidas con total tranquilidad, resaltando el hecho que, una persona en estas condiciones no se encuentra en la capacidad de afrontar esta situación sin la ayuda profesional.

Comunicación con los Sobrevivientes Durante el Rescate.

Los desastres naturales muchas veces dejan un considerable número de heridos y muertos que aumentan a medida que los órganos de socorro y demás habitantes intentan rescatar a las personas que aún quedan vivas y otras que ya han fenecido en la acción, por ende, resultaría natural que dichas personas se encuentren alteradas emocionalmente en respuesta a la estimulación estresante que recibieron durante y después del acontecimiento. De cierto modo, es difícil establecer una comunicación eficaz con las personas una vez han sido atendidos por el cuerpo médico que existe en la zona de riesgo, sólo que a continuación se exhibe un compendio de estrategias que son útiles durante las escenas catastróficas tomadas de Fernández J. (2006):

Identificarnos.

De acuerdo con Fernández J. (2006), esto simplifica cualquier reacción agresiva contra el Psicólogo, visto que, no se puede utilizar exclamaciones fuertes o gritos al momento de auxiliar a un sobreviviente de un desastre natural, dado que puede aumentar en mayor grado la alteración emocional que posee, por ello, se debe hacer uso de una buena comunicación y una actitud calmada que encamine la estabilidad mental de la persona.

Hablar sobre lo ocurrido.

Es beneficioso entablar un dialogo con el sobreviviente sobre el evento que acaba de ocurrir, teniendo en cuenta el punto de vista de Fernández J. (2006), esto se debe hacer siempre que sea solicitado y sea oportuna la situación, de lo contrario se manifestará más adelante la contextualización del suceso y las medidas hospitalarias que se implementaran en la persona, de acuerdo a la necesidad presentada.

Explicar lo que se realizará con él o ella.

Para Fernández J. (2006), en este énfasis propone explicarle a las víctimas o sobrevivientes sobre lo que se está haciendo con la primicia de evitar cualquier estado ansioso que se suscite en ellos. Así mismo, con la participación Psicológica durante estos momentos se puede evitar cualquier pérdida de memoria sobre los hechos recientes, haciendo hincapié que la presión traumática, según lo que informa Tovar M. (2016) acarrea una Amnesia disociativa.

Escucha Activa.

A perspectiva de Fernández J. (2006) una persona puede ser auxiliada gracias a la escucha activa, concediendo un espacio en el que pueda desahogarse y librarse de los nervios o la tensión que exhiba en aquel instante. Al mismo tiempo, las habilidades de los Psicólogos desde cualquier enfoque que maneje, se tiene en cuenta, que ante los momentos críticos o traumáticos es oportuno conceder el espacio para que los pacientes puedan demostrar los sentimientos, pensamientos y emociones que los agobia, pese a lo sucedido, la narración de los hechos por parte de la persona hacia el Psicólogo proporciona aspectos importantes que dentro de las habilidades psicológicas se tiene presente para programar la aplicación de técnicas efectivas durante las sesiones que sean pertinentes programar.

Consejos y Recomendaciones durante los Primeros Auxilios.

Por lo que se refiere a la comunicación que se entabla con el accidentado o el sobreviviente de un desastre natural, es crucial que se omitan errores como los que soporta Mitcherll y Everly (1996) registrado en el libro de Fernández J. (2006), pues de acuerdo con ellos, el Psicólogo puede estimar buenas intenciones con los pacientes, en el afán de empatizar y realizar un compendio de preguntas para aminorar y estabilizar el estado de ánimo de los mismos, sólo que se deben tener en cuenta los siguientes ítem rescatados del libro del Tercer autor en la página 50:

No se debe disputar con la persona si su estado emocional y mental se encuentra alterado e irritado.

No es necesario dar consejos o explicaciones enredadas en aras de que la persona entre en razón, teniendo presente que en ese momento impera el desenvolvimiento emocional.

No responsabilizar posibles responsabilidades inoportunas.

No interrumpir la manifestación del llanto u otro tipo de manifestaciones emocionales.

No es aconsejable otorgarle la razón al paciente sobre su culpabilidad o remordimiento en el evento.

Atención psicológica en desastres naturales.

Con respecto a la intervención psicológica que se puede adecuar con la población afectada por un desastre natural, este proceso según Osorio C. & Díaz V. (2012) presentado por Abeldaño R. & Fernández R. (2016) confiere que: “En los últimos años, a partir de un cambio de paradigma, se realiza énfasis en una concepción de salud mental integral, pasando de lo individual a lo colectivo y de considerar el déficit a las potencialidades de la comunidad” (Pág. 437), las palabras del autor se resume, en la aparición de modelos cuantiosos de intervención psicológica en situaciones de desastres naturales, resaltando el caso de que han sido tomadas de experiencias internacionales dentro del ámbito Latinoamericano, tomando como enfoque el área biológica y epidemiológico inmerso en la salud mental que se ve vulnerada por eventos como desastres naturales.

Intervenciones enfocadas en el tiempo.

Para Ehrenreich J. (1999) citado por Abeldaño R. & Fernández R. (2016) esta intervención: “(...) ponen énfasis (...) la cuestión temporal: antes, durante y después del desastre.” (Pág. 437) o sea, esta clase de estrategias sobrepone acciones prioritarias organizadas en fases, etapas o sesiones con el sustento de lograr una evolución del estado mental por causa del desastre natural en diferentes tiempos, de igual manera, se abordan las consecuencias psicológicas que ha ocasionado el desastre natural en la comunidad y así mismo, la forma en que los Psicólogos atienden de forma integral a los sobrevivientes del vejamen.

Por lo que se refiere a la promoción y prevención de enfermedades tanto físicas como mentales, Abeldaño R. & Fernández R. (2016) guiado por lo que dispone el Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007) al concebir que:

“Es importante destacar que, aunque en la experiencia internacional la mayoría de las intervenciones que se rescatan son realizadas desde una mirada emergentista (centrada en el evento); desde hace algunos años el modelo ha empezado a tener un enfoque transversal en el tiempo, donde los conceptos de integralidad, promoción, prevención y recuperación han tomado gran fuerza.” (Pág. 437)

A lo que se refieren, con este abordaje teórico es que, las investigaciones internacionales que han tratado temas como desastres naturales en los habitantes de diferentes países como Estados Unidos, donde se evidencia un fuerte golpe por las fuertes lluvias, las inundaciones y maremotos que ocurren en diferentes Estados, han facilitado que autores como los mencionados, tomen como base sus conocimientos y adapten sus estrategias y métodos de intervención terapéutica con la población latina para aminorar desde la promoción y prevención la desestabilización emocional y

mental por la aparición de síntomas asociados al Trastorno por Estrés Postraumático y Estrés Agudo.

Intervenciones diferentes tipos de desastres naturales.

Para Abeldaño R. & Fernández R. (2016) se presencia intervenciones que están focalizadas en un solo desastre natural, pues para el autor es más conveniente manejar estas situaciones desde estrategias idóneas para cada situación, lo que mejora el proceso de recuperación en la población beneficiarias. Seguidamente, el autor destaca países como:

Ecuador: Según Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) el foco está puesto en las erupciones volcánicas.

El Salvador: Sustentados por Estrategia Internacional de Reducción de Desastres (EIRD) (2001) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) destacan las intervenciones específicas sobre terremotos.

Perú: El Instituto de Defensa Civil del Perú (INDECI) (2009) y la UNESCO (2009) parten de los terremotos de Pisco y de Ica.

Chile: Loubat M., Fernández A. & Morales M. (2010), Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (2010) Y Marín H. (2011) se basan en el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010, el terremoto y recate minero de 2010.

República Dominicana: En este país, Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (2010) indaga sobre la ayuda humanitaria y apoyo psicosocial a la población desplazada a partir del terremoto de Haití en el año 2010.

Venezuela: Sánchez L. (2003) resalta las inundaciones del año 1999, conocida como la tragedia de Vargas.

Intervenciones desde el proyecto esfera.

Acerca de las intervenciones por categorías o sesiones que se ajustan con las necesidades psicológicas que presenta los sobrevivientes del desastre natural, Abeldaño R. & Fernández R. (2016) notificando a Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR), Voluntary Organizations in Cooperation in Emergencies (VOICE), International Council of Voluntary Agencies (ICVA). (2004) declaran que: “El Proyecto Esfera, aunque su sede se encuentra en Ginebra, Suiza, representa una iniciativa internacional que dio los primeros pasos en implementar estrategias integrales en situaciones de desastre.” (Pág. 437) en efecto, aunque es un Proyecto que viene desde un país europeo, sus estrategias integrales son claves para ser indexadas en situaciones como la que se presentó en Mocoa, que hasta el día de hoy no ha tenido ninguna intervención psicológica para tratar las necesidades que dejó el evento hostil, pero que, del mismo modo, se pueden ajustar en este municipio como recomendación efectiva para inhibir la representación de síntomas como el Trastorno por Estrés Postraumático.

Intervenciones centradas en las víctimas.

En lo que tienen que ver con las intervenciones basadas en las víctimas, Santacruz C, Medina E. & Santacruz H. (2003) nombrado por Abeldaño R. & Fernández R. (2016) proclama que: “Los modelos basados en la intervención buscan fuertemente el empoderamiento y la participación de la comunidad afectada, para que se integre a las actividades de ayuda. Aquí el foco está puesto en la potencialidad y no en el déficit.” (Pág. 437), dando a conocer que, los autores muestran una fuerte inclinación por brindarle a las personas que han tenido que pasar por esta amarga experiencia, que cuentan con un equipo de profesionales para orientarlos y empoderarlos desde sus habilidades hasta sus destrezas, pues si bien es cierto, aunque muestren desesperanza, es sustancial que se sigan proyectando con nuevas metas o sueños que tengan planteado culminar con el ánimo de garantizar el bienestar de la población.

Pautas para la intervención psicológica.

Para este tiempo, la evolución del pensamiento científico ha sobrellevado que los países latinoamericanos junto con las organizaciones internacionales se sientan inquietos por los persistentes daños que originan en la sociedad y la comunidad presente, los desastres naturales como producto de la deforestación y demás problemas ambientales. Por esto, es que a continuación se evidenciará las posturas que tienen la Cruz Roja Americana en respuesta a esta problemática, así que, Abeldaño R. & Fernández R. (2016) emplazando a Prewitt J. (2001) afianza que:

“(...) no se necesitan profesionales o especialistas en las comunidades para tratar las urgencias psicosociales causadas por un desastre, si se cuenta con un grupo de trabajo de personas sensibilizadas con las necesidades emocionales de las víctimas que puedan escuchar e interactuar con otros a su alrededor, así como crear un ambiente de seguridad y esperanza.” (Pág. 438)

En otras palabras, no se logra estar de acuerdo con la postura de esta entidad, pues sobrepone la profesión y necesidades de tener presente un Psicólogo para manejar estas situaciones, pues es bien sabido entender, que después de un evento de estos, ningún ciudadano está en la condición de poder ayudar a otras personas en el área emocional y mental, pues como se evidenció con la población de Mocoa, muchos de ellos no hicieron uso del Psicólogo para poder tratar las síntomas que hasta el momento están presentado por el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático, de tal manera que, sólo se ven aferrados a una designación divina en la que depositan todas sus necesidades y preocupaciones con el propósito de obtener alguna respuesta y sobrellevar su vida de la mejor forma posible.

Al mismo tiempo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) en conjunto con Abeldaño R. & Fernández R. (2016) ratifican el empleo de estrategias que se pueden disponer durante una intervención en crisis, por ejemplo:

“La intervención debe ser temprana y eficiente: debe ser llevada a cabo con inmediatez en la atención y proximidad física.

Debe tener objetivos bien definidos a corto plazo, con expectativas realistas. La intervención será dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicosocial de la persona y de la familia.

Debe efectuarse con procedimientos simples y bien orientados, con pragmatismo y flexibilidad, ofreciendo apoyo humano y empatía. Debe fortalecerse la solidaridad grupal, familiar y social.

El enfoque de intervención debe ser integral, además de la acción curativa o asistencial debe enfocarse con perfil preventivo y perspectiva social.” (Pág. 438)

O sea, estas pautas que colocan los autores hacen referencias a primeros auxilios psicológicos emocionales, que se pueden implementar para poder dar una atención prioritaria a las personas afectadas por el desastre natural, de la misma forma, existen eventos en los que la acción por parte del cuerpo de socorro se da horas después de que se ha manifestado el evento, por ende, se puede tomar el atrevimiento de destacar que estas horas, aumentan el estado de angustia en las personas que están tratando de salvar sus vidas. Así pues, los Psicólogos, una vez identificadas las necesidades de la población, pueden proceder a postular los objetivos, las técnicas y el número de sesiones que se emplearán para poder intervenir propiciamente al malestar generado.

Al mismo tiempo, Abeldaño R. & Fernández R. (2016) prioriza los métodos para de atención a la salud mental que hace Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) pues esboza:

“Selección o triage: se refiere a los procedimientos para selección y atención de casos inmediatamente después del desastre, apunta a una disminución de la desorganización cognoscitiva y emocional.

Orientar hacia una reestructuración y reorientación de la vida de las personas ante la situación de crisis experimentada. Ayudar a ver o repensar acerca del incidente crítico, de una forma menos perjudicial para contrarrestar la emoción excesiva.

Permitir una expresión abierta de emociones y verbalización del trauma, lo cual ayuda a la reducción de síntomas. Muchas de las técnicas de tratamientos de las reacciones postraumáticas se basan en la habilidad de las personas para reconstruir e integrar las memorias traumáticas usando la expresión verbal.

Comprensión de la pérdida de control como una posible reacción normal ante la situación de crisis.

Usar recursos espirituales o de fe y religiosidad. Las intervenciones en crisis basadas en la ayuda espiritual ofrecen perspectivas muy favorables cuando son bien conducidas.

El trabajo en grupos. Los desastres producen una ruptura de la cotidianeidad de las personas, familias y comunidades; intensificando las vivencias de incomunicación e impotencia y esto puede hacer emerger con mayor fuerza la necesidad de encontrarse con otros, aquí la integración y pertenencia a un grupo permite fortalecerse a sí mismo, a la vez que facilita la continencia a través del diálogo e intercambio.” (Pág. 438)

Para aclarar lo sostenido por los autores, estas estrategias tienen que ver con un procedimiento terapéutico más intensivo con personas que tuvieron que haber presenciado la muerte de personas que pedían auxilio durante el desarrollo de una desastre natural, en el caso de Mocoa, los participantes reiteran eventualmente que los gritos desesperados de personas que eran arrasados por la avalancha, no han podido ser removidos de sus mente, visto que, en momento inesperados

estos gritos se suscitan en sus mentes, generando un profundo malestar que causa desesperación y desorientación en el tiempo. Por último, ante la masiva población que se presentó en aquel momento, gran parte de los habitantes no recibieron la atención psicológica de la forma que debe ser prestada en ellos, como resultado, la exhibición de síntomas relacionados al Trastorno por Estrés Postraumático sigue latente. De ahí que, utilizar las estrategias que se encuentran más arriba de este párrafo, son una excelente estrategia de intervención que puede ser aplicado en una segunda investigación ya para obtener resultados veraces en cuanto a la disminución del síntoma.

Resiliencia después de un desastre natural.

La resiliencia para Kotliarenco M., Cáceres I. & Fontecilla M. (1997) indicado por Santana J., Arenas L. & Ramsey J. (2016) es entendida por: “las personas o poblaciones que, a pesar de vivir en condiciones adversas, son capaces de salir adelante de manera airosa en diversos contextos.” (Pág. 2) conviene subrayar que, incluso después de haber experimentado, presenciado o escuchado algún evento hostil que vincule muerte misma o la de algún ser querido, no deja por fuera, que las personas, una vez sean empoderadas y entiendan que sus vidas aún no ha terminado, se encuentran en las condiciones para poder seguir adelante con las metas que generaran satisfacción una vez sean obtenidas, de ahí que, esto evita el surgimiento de ideas minusválidas o irracionales en la persona que sostienen que no tienen las habilidad, que nunca se va a recuperar del episodio o que no existe alguna razón para seguir viviendo.

Para concluir, la Salud Mental positiva hace mención al bienestar integral, el funcionamiento óptimo y el equilibrio perfecto que debe desarrollar una persona para vivir armoniosamente en la sociedad, visto que, durante mucho tiempo los seres humanos han tratado de encaminar sus vidas de la forma más estable y duradera posible, entre tanto, ningún ser humano está exento de afrontar alguna problemática, calamidad o evento catastrófico que afecte la salud mental de los mismos. Con respecto a los temas exaltados en este capítulo, prepondera la

trascendencia de la salud mental durante la adaptación al medio ambiente, sea por algún suceso adverso u hostil por el que tenga que atravesar el ser humano, pero que a la final esto puede presentar dos procesos, el primero tiene que ver con que la persona acepte la situación y se adapte nuevamente, segundo, la persona puede verse afectada por el suceso traumático que continua en su vida, lo que resulta un proceso complejo si no se cuenta con la intervención psicológica.

Además, los desastres naturales vienen siendo resultados de un fenómeno ambiental que a la par genera destrucciones, inundaciones o terremotos, mientras que, las catástrofes tienen que ver con un desastre natural que deja como final damnificados y destruye masivamente las estructuras físicas que se encuentran en el territorio. En ese mismo sentido, se recalca que la Psicología de catástrofes viene desde hace mucho tiempo y los conocimientos de estas investigaciones siguen ayudando en el desarrollo de teorías que propicien pilares útiles para ser aplicados en poblaciones afectadas.

Cabe agregar que, el Psicólogo puede optar por emplear un compilado de herramientas útiles en la intervención de desastres naturales, empezando por la primera, no se debe disputar con la persona si su estado emocional y mental se encuentra alterado e irritado, segundo, no es necesario dar consejos o explicaciones enredadas en aras de que la persona entre en razón, teniendo presente que en ese momento impera el desenvolvimiento emocional, tercero, no responsabilizar posibles responsabilidades inoportunas, cuarto, no interrumpir la manifestación del llanto u otro tipo de manifestaciones emocionales y quinto, no es aconsejable otorgarle la razón al paciente sobre su culpabilidad o remordimiento en el evento, de acuerdo a lo anterior, el objetivo terapéutico se enfoca en dar a entender a las personas, que ellas se encuentran capaces de seguir adelante con las metas, sueños o proyectos que creían perdidos, dejando a un lado, cualquier pensamiento irracional que suscite inseguridad o miedo al momento de ejecutarlos.

Marco Contextual.

En lo que se refiere a este apartado, el marco contextual tiene que ver con el lugar oficial en el que los Psicólogos en formación llevarán a cabo su investigación, por consiguiente, ésta se hará en el municipio de Mocoa - Putumayo fundado por San Miguel de Agreda de Mocoa, geográficamente, se lo conoce como la capital del departamento del Putumayo, en el suroccidente de Colombia, siendo Mocoa el segundo municipio de mayor población en el departamento. Históricamente, el 29 de septiembre de 1563 es fundado por el Capitán Gonzalo H. de Avendaño. Sumado a ello, la economía de Mocoa se encuentra sustentada en la agricultura y las actividades comerciales que se llevan a cabo en dicha ciudad, así mismo, para las demás personas oriundas de los diferentes municipios que conforman el departamento del Putumayo, Mocoa es un punto de referencia en el cual se regula todos los lineamientos geográficos espaciales ligados a las acciones petroleras y mineras.

Entre tanto, en el desarrollo del evento, suscitaron fuertes lluvias que provocaron los desbordamientos de los principales ríos de Mocoa, ocasionando fuertes deslaves y flujos de lodos los sectores aledaños del municipio, por lo que causaron la destrucción de viviendas, puentes y arrastraron vehículos a su paso; si bien es cierto, fueron 17 barrios afectados por esta desastre natural, por ende, la investigación se hará en uno de los primeros barrios afectados por la calamidad natural, y este tiene que ver con el barrio San Miguel, ubicado hacia el oriente de la ciudad.

Marco Legal.

Desde este módulo, el objetivo radica en brindar información congruente y relevante desde la parte legal y jurídica, relacionada con la línea de investigación que se pretende llevar a cabo, por ello, se trae colación unos de los principios generales que rige como tal la profesión del Psicólogo y ella tiene que ver con el Parágrafo 6 del Artículo 2 Título II a cabeza de las Disposiciones Generales, que si bien es cierto de manera textual se expone lo que afirma el mencionado Parágrafo 6:

Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

Teniendo en cuenta esto, se puede aludir en que este es uno de los principios generales que se coloca por primicia de la investigación, considerando que el Parágrafo 6 se encuentra regulado por el bienestar del usuario en cuanto a los resultados que se pretenden obtener mediante la investigación, puesto que uno de ellos tiene que ver con el diseño de un manual psicoeducativo en el cual se desea facilitar una serie de herramientas psicológicas que puede ser aplicadas por las personas que fueron escogidas para evaluar el grado de estrés en el cual se encuentran las personas sobrevivientes de la tragedia de Mocoa – Putumayo, y corroborar en el posible diagnóstico de un Trastorno por Estrés Postraumático. Así mismo, desde la investigación se protege la integridad y bienestar físico, mental y emocional de las personas participes en la misma, considerando que se les informará sobre lo que se quiere llevar a cabo y cuál es el papel de ellos dentro del estudio científico.

No obstante, la Ley 09 de 1979 sobre La Atención en Salud para las Personas Afectadas por Catástrofes, resalta en su Artículo 491 el hecho de que se establecen normas para tomar las medidas necesarias para prevenir, si fuere posible los desastres o para atenuar sus efectos; de igual modo, prestar ayuda y asistencia en casos de desastres; controlar los efectos de los desastres, especialmente en lo relacionado con la aparición y propagación de epidemias; mantener durante el período de rehabilitación y reconstrucción; el saneamiento ambiental de la comunidad afectada por desastres; definir el estado de vuelta a la normalidad de una comunidad afectada por un desastre, y determinar responsabilidades, competencia y jurisdicción de las autoridades que, en momentos de emergencia, tengan a su cargo el cumplimiento de las normas establecidas en la presente ley y sus reglamentaciones.

De acuerdo con ésta Ley, la anterior justifica de cierto modo los requerimientos que debe tener en cuenta todo municipio para afrontar de forma jurídica y rudimentaria cualquier evento catastrófico que intente afectar la comunidad aledaña, sin embargo, desde los conocimientos propios que se tienen en cuanto a la manera de actuar por parte de la mesa municipal de Mocoa – Putumayo, esto no se ha ejercido de la forma correcta, por consiguiente, el desenlace de esta calamidad ocurrió a causa de la negligencia por parte de los mismos, debido a que, la mesa municipal tenía conocimiento de la amenaza latente en la cual se encontraba Mocoa, y no hubo las medidas correspondiente para contrarrestar este hecho tan lamentable que tomó la vida de miles de personas.

Ahora bien, dentro de la misma Ley, se encuentra el Artículo 599 del Título XII sobre los Derechos y Deberes Relativos a la Salud, en él prevalece que toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación

psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

De la misma forma, en que se desenvolvía el drama por parte de las personas que subsistían ante la tragedia, no se evidenció ningún tipo de atención psicológica a las mismas, que tuvieron que vivir todas y cada una de las experiencias angustiosas que acarreaban en la medida en que pasaban los días, ya que el hecho de que, en primer lugar perdieran a sus seres queridos, segundo no tuvieran los elementos sanitarios para una correcta limpieza, tercer que la repartición de los alimentos no se dio de la mejor manera y que en última instancia no existían las adecuaciones para atender a la población, facultaba una serie de elementos claves para que ocurriera de forma instantánea un estrés agudo y segundo que más adelante, existiera la posibilidad de que se desarrolle un Trastorno por Estrés Postraumático.

Para concluir, la investigación descrita requiere de dos Artículos cruciales para que los objetivos establecidos se cumplan de forma exitosa, y es que el Capítulo VII estatuye La Investigación Científica, la Propiedad Intelectual y las Publicaciones a través del Artículo 49, en el que los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. Mientras tanto, el Artículo 50, afirma que los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

En ese mismo sentido, el que hacer del Psicólogo en relación a las investigaciones que lleve

a cabo, se deben sustentar en estos anterior Artículos que establece el Código Deontológico y Bioético con su promulgación de la Ley 1090 del 2006, teniendo en cuenta que, ante cualquier situación que se presente, siempre se encontrará por primicia el bienestar de los usuarios o personas que participen en la investigación, considerando que su salud mental se encuentra en riesgo, y cualquier acción disruptiva que se encuentre fuera del objetivo de la misma, terminara por afectar de forma sustancia la vida del ser humano, por consiguiente, el diseño de cualquier estudio científico deberá basarse en los principios éticos y legales que dispone la misma Ley.

Metodología.

Tipo de Investigación.

Caro F., García M. & Bezunartea O. (2014) refiere que: “los métodos mixtos de investigación son cada vez más frecuentes en la investigación (...) su uso se justifica en tanto que permiten una mayor comprensión de los fenómenos estudiados.” (Pág. 828) De acuerdo con lo anterior, la investigación se fundamentó en el método mixto con predominancia cualitativa, puesto que se combina el método cualitativo y el método cuantitativo, llegando al hecho de que fue la decisión óptima para el objetivo que se ha establecido, ya que desde el área cuantitativa se cuenta con una escala que se aplicará a la muestra presente, mientras que desde el lado cualitativo, se encuentra una entrevista semiestructurada, la observación participante y el grupo focal encaminados hacia los participantes; por ende, la conjunción de ambos elementos investigativos sustenta unos resultados aptos para la comprensión del Trastorno por Estrés Postraumático.

En ese mismo sentido, cabe resaltar que el alcance la investigación mixta es en primer lugar de tipo descriptivo, debido a que Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. & Mendoza C. (2014) resaltan que: “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.” (Pág. 80), a consideración de lo anterior, este alcance dentro de la investigación tiene por primicia pormenorizar de forma detallada las propiedades, características personales y psicológicas de las personas que admisiblemente están tolerando del Trastorno por estrés Postraumático.

Considerando ahora que, en segundo lugar, el alcance de la investigación también es exploratoria, visto que, se procuró consumir un estudio sobre un tema que es poco indagado en lo que se relaciona con los desastres naturales; de ahí se infiere que, Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. & Mendoza C. (2014) consideran que: “se realizan cuando el objetivo

consiste en examinar un tema poco estudiado.” (Pág. 79) A esto se añade que, existen inquietudes en cuanto a la manera en que el TEPT posiblemente se expone en los sobrevivientes que salieron de un factor predominante en la salud mental de los mismos y las estrategias que se pueden diseñar para tratar de solventar los síntomas del tema expuesto, aparte de ello, estos estudios se ofrecen para que otras investigaciones complementen la información que encontraran en este compendio.

Diseño de Investigación.

El diseño o el plan que se anhela concluir en la investigación mixta, tiene como meta adquirir información sustancial y verás que refuerce el crecimiento personal y profesional de los Psicólogos en Formación, el buen nombre del Programa de Psicología y la Universidad de Pamplona en un corregimiento en el cual, circunstancias ajenas tomó la vida física y psicológica de muchas personas de Mocoa – Putumayo. Sin más preámbulo, el diseño implantando en la investigación, tiene que ver con el diseño transversal de tipo descriptivo, para ello, se postulara el enunciado teórico que Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. y Mendoza C. (2014) reitera que: “Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.” (Pág. 151.) Siendo así que, desde el punto de vista personal, este diseño se distinguió con base al propósito claro que tiene sobre la descripción que se puede originar ante los factores que inciden directamente en la provocación de la patología.

Después de todo, al ser descriptivo también será relevante tomar en cuenta los datos sociodemográficos de los participantes, las situaciones vivenciadas, los fenómenos latentes y la comunidad presente ante la dificultad planteada, desde entonces, sus resultados serán netamente descriptivos para instaurar un análisis pertinente y unas conclusiones convenientes.

Población.

Sobrevivientes de la avalancha ocurrida en Mocoa – Putumayo, específicamente el primer barrio afectado, San Miguel. Según el DANE, la población de Mocoa en una proyección del 2005 al 2020, oscila en un total de 43.371 habitantes asentados en las zonas laderas de las altas cordilleras del sur del país.

Muestra.

2 habitantes del Barrio San Miguel, con edades comprendidas entre los 25 a 70 años de edad. En ese mismo sentido se requerirá 4 participantes más con edad de 30 a 80 años para desarrollar la técnica de grupo focal que se dispuso en la investigación.

Tipo de muestreo.

De aquí se desprende el tipo de muestreo cuantitativo que se recalca dentro de la presente investigación, pero es notable anexar constructo teórico de Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. y Mendoza C. (2014) sobre el muestreo no probabilístico al sostener que es un: “subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.” (Pág. 176) baste lo anterior, para avalar que la elección del muestreo se debe a que la elección de los participantes se escoge en aras de dos características esenciales, una tiene que ver con sujetos que hayan perdido sus seres queridos y otra tiene que ver con personas que por causa de la avalancha perdieran sus bienes muebles, de aquí se desprende que el proceso que se utilizará no depende de fórmulas estadísticas sino de las técnicas psicológicas que se emplearan para probar la hipótesis sugerida.

Después de todo, como la investigación es mixta, el muestreo cualitativo está comprendido por el muestreo por oportunidad, que Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. y Mendoza C. (2014) exteriorizan que: “estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso” (Pág. 390) con todo y esto, se exhibe que, la muestra que se anexo anteriormente se debe a que, estas personas compartían una conversación con unos de los Psicólogos en formación que está realizando el estudio, y el tema que se estaba tratando estaba enfocado hacia los hechos traumáticos que vivieron las personas durante la avalancha, de este modo, se decidió postular a estas personas que experimentaron estos sucesos de forma hostil.

Hipótesis.

Los 2 participantes de la investigación desarrollaron el Trastorno por Estrés Postraumático.

Categorías.

Trastorno por estrés postraumático, impacto emocional y percepción emocional.

Definición de categorías.

Trastorno por estrés postraumático: De forma reiterativa Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) citando a APA (2013), refieren que:

El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. Síntomas de evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. Síntomas de activación arousal; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto. (Pág. 1178)

De acuerdo con lo anterior, se puede aludir en que estos síntomas son los que hacen vulnerables el área familiar y social de los mocoenses, puesto que cada uno de ellos emergen de manera abrupta y su inhibición se torna ardua, cuando no se tiene el conocimiento ni mucho menos las estrategias necesarias para controlarlo. Si bien es cierto, la red social y familiar siempre formará parte del ser humano, puesto que dichas redes otorgan confianza, seguridad y ayudan al ser humano a superar aquellos temores que están interfiriendo con su estabilidad psicológica.

Impacto emocional: De forma concerniente al impacto emocional, Belén I. y Paz E. (2012) insinúa que: “Hay circunstancias (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto emocional y (...) la ausencia de un apoyo social (...) está relacionado directamente con el TEPT.” (Pág. 17), en resumidas cuentas el impacto emocional que sufre cada persona se debe a las situaciones estresantes que este padece, por todo esto, es notable que los sentimientos de culpa y de depresión aumente de forma exuberante, ya que las imágenes que este posee en su mente hacen alusión a los sentimientos generados durante el desarrollo de la misma catástrofe y que, además, los factores estimulantes que se asociación al evento adverso, facilita la aparición de un malestar emocional que termina por irrumpir la estabilidad mental de los sobrevivientes.

Percepción emocional: Ésta última categoría sobresale los argumentos de Ekman P. (2003) expuesto por Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al recalcar que: el carácter fundamental consiste en la percepción de los estados emocionales que, (...) manifiestan los cuerpos de maneras diferentes por medio de indicadores musculares específicos y distintos para

cada tipo de emoción básica (...).” (Pág. 74) en otras palabras, la percepción emocional se destaca por ser se la habilidad que detentan los seres humanos durante el desarrollo de la inteligencia emocional, posibilitando que haya conciencia durante la descripción de las emociones primarias que se genera de la mejor manera en los mismos y en los demás, así mismo, cuando la percepción emocional no se desarrolla desde la primera infancia, es embrollado que más adelante la persona logre enterarse de las emociones que poseen sus pares. En ese mismo sentido, profundizar en habilidades perceptivas en pro de las emociones, promueve la identificación de las emociones que surgieron durante el vejamen, pero que en la mayoría de ocasiones no han sido expresadas gracias al embotamiento que se ha venido descubriendo durante el pasar de los días en el municipio damnificado.

Subcategorías.

Síntomas.

Definición de subcategorías.

Síntomas: El siguiente punto, tiene que ver en cuanto a los síntomas, así que es significativo presentar a Berrios G. y Fuentenebro F. (1996) atribuido por Desviat M. (2010), quienes fueron los encargados de señalar que el síntoma muestra una: “(...) interacción entre una tenue señal biológica (originada en una localización del sistema nervioso) y las capas de códigos psicosociales, calificadas como ruido, que participan en el proceso de formación del síntoma. Bien se comprende que los síntomas, están ligados con indicios o señales que emergen en el cuerpo humano como forma de dar respuesta a una patología física o mental, considerablemente las enfermedades degenerativas, renales, cardiovasculares o mentales provocan una serie reacciones en el mismo, que para la ciencia, estos son síntomas dan como tal la claridad de la enfermedad que se está tratando, de modo que, el trastorno por

estrés postraumático contiene una serie de síntomas que se encuentran transcritos en el DSM – IV a partir de unos criterios A,B,C,D,E y F, que son claves para la diagnóstico y el tratamiento que se debe emplear como forma de regular dicho padecimiento.

Variables.

Frecuencia y severidad.

Definición de variables.

Frecuencia: La Real Academia Española dice que la frecuencia es el “número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo” aunque sea un término estadístico, la frecuencia con la cual ocurre el trastorno por estrés postraumático, hace referencia a las veces en que se presentan los síntomas del criterio A, B, C y D en cualquier espacio físico donde se encuentren estímulos similares a los que la persona percibió en el hecho traumático.

Severidad: La Real Academia Española esclarece que la severidad es cualitativa de “severo” es decir exagerado e intransigente, debido a que, la severidad del trauma es lo que ha desencadenado el desarrollo del trastorno por estrés postraumático y más aún, si el factor predominante de ello, es un evento hostil que ha marcado la vida de la persona.

Procedimiento.

El procedimiento que se procederá de forma simultanea se describe a continuación, a sabiendas de que, el lector tenga claridad sobre la metodología que se utilizará con la muestra participativa; por todo ello, a continuación, se describe cada paso de forma detallada:

Primero, se aprovechará el tiempo vacacional que otorga la universidad durante un mes y medio para contactar a la muestra que deseó participar voluntariamente en el estudio investigativo.

Segundo, después de estar dentro del municipio de Mocoa – Putumayo, se realizará un sondeo para evaluar el contexto en el cual se encuentra tanto la ciudad, como el mismo Barrio San Miguel.

Tercero, se tiene establecido llamar a las personas que conforman la muestra y vincular a 4 personas que servirán como técnica focal de la investigación, con el objeto de establecer una comunicación asertiva que detalle la ética profesional que se posee en cuanto a esta modalidad.

Cuarto, para las personas que constituyen la muestra se les propiciará un consentimiento informado en el cual, darán a conocer de forma legal su voluntariedad en el estudio mixto, con la presente, de evitar un mal entendido entre la población y la imagen de la Universidad de Pamplona. Nótese que, esto también hace relevancia a los sujetos que hacen valida la técnica de grupo focal.

Quinto, después de tener todos los documentos propios de la ética investigativa, púes es pertinente instaurar un encuentro extracurricular con los sujetos de la muestra, con la primicia de entablar una conversación normal con ellos, y determinar el grado de

susceptibilidad en que el están los sobrevivientes de la avalancha ocurrida en el municipio de Mocoa, ciertamente el tiempo estimado es de 30 minutos de forma individual.

Sexto, de acuerdo a lo anterior, se propiciará otro espacio para realizar una entrevista semiestructurada a los sujetos de la muestra, explicando que el objetivo de esa entrevista pretende describir el impacto emocional y la percepción que suscitó durante y después del nefasto desenlace

Séptimo, a consideración de la entrevista semiestructurada, cabe resaltar que el estudio mixto empleará como técnica cualitativa el grupo focal, con el precepto de ejecutar una triangulación de datos con respecto a la investigación que se está confeccionando, así mismo, el desarrollo de ella, vincula primeramente a los dos sujetos de la muestra y cuatro personas más que se escogen de acuerdo a los criterios establecidos para la misma, como es bien sabido recordar, ella tiene que ver en sujetos que hayan perdidos sus seres queridos y sujetos que perdiesen bienes materiales. De este modo, se reunirá a todos en un lugar específico y la introducción explica que, uno de los Psicólogos en formación realizará unas preguntas de forma general hacia la población presente y los mismos tendrán que responder de acuerdo a la percepción que poseen, mientras que, aquellos que no respondan, pues se les pedirá su opinión, solo que, si la pregunta no es pertinente para ellos, no se obligará su participación.

Octavo, efectuada la técnica de grupo focal, se diseñará el estudio de caso narrativo en los dos participantes, en tiempos aleatorios para que no exista ninguna incomodidad ni mucho menos irrumpa en sus actividades personales o laborales. Haciendo alusión que este estudio narrativo desea obtener una comparación de entre el impacto emocional que posee la muestra de acuerdo al objetivo general.

Noveno, a medida que se desarrolla el estudio de caso, se aplicará en ellos, una técnica cuantitativa para determinar la posible presencia del trastorno por estrés postraumático, todo esto, gracias a la Escala de Trauma de Davidson diseñada para determinar la frecuencia y severidad del trastorno por estrés postraumático.

Décimo, además los Psicólogos en Formación desean subrayar que el uso de la observación participante se procura elaborar mediante un bazar o integración con los sujetos del estudio de caso narrativo y las personas que hicieron parte de la técnica de grupo focal dentro del barrio u otra zona cercana, sin embargo, los comportamientos, actitudes y la comunicación asertiva se registraran en un formato que ya se encuentra establecido para detallar de forma breve cómo se comporta la población.

Once, evidentemente la ejecución de este procedimiento termina con el agradecimiento prestado por parte de los sujetos que libremente decidieron hacer parte del estudio investigativo que se estaba realizando en ese momento.

Instrumentos y técnicos.

Instrumentos Cuantitativos.

La Escala de Trauma de Davidson.

La Escala de Trauma de Davidson de acuerdo con Davidson J., Book S., Colket J., Tupler L., Roth S., David D., Hertzberg M., Mellman T., Beckham J., Smith R., Davison R., Katz R. y Feldman M. (1997) fue: “diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento

estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16).” (Pág. 153-60)

Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada sub escala.

Efectivamente, Davidson y cols. (1997) refiere que: “este instrumento cuantitativo se encuentra validada por Bobes J., Calcedo A., García M., François M., Rico E., González M., Bascarán M. y Bousoño M. (2000)” (Pág. 207) por consiguiente, su interpretación se concederá a continuación.

Interpretación

En este punto, Davidson y cols. (1997) postulando a Zlotnick C., Davidson J., Tracie M. y Pearlstein T. (1996) hacen hincapié en que: “Su utilidad reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático y en la valoración de la respuesta al tratamiento, (...) que se ha mostrado sensible al cambio a lo largo del

tiempo.” (Pág. 255) de este modo, el rango de las sub escalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136; teniendo en cuenta que la mayor puntuación y mayor severidad y/o frecuencia.

Los autores referentes proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

Fiabilidad.

La fiabilidad test-retest es de 0.86, mientras que la consistencia interna, tanto para las sub escalas de frecuencia y gravedad como para el total son elevadas (alfa de Cronbach de 0,97 – 0,98 – 0,99 respectivamente). Cabe aludir que, en la validación española el alfa de Cronbach obtenido fue de 0,9.

Validez.

La validación concurrente que propone Blake D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek D., Klauminzer G., Charney D. y Keane T. (1990) presentado por Davidson y cols. (1997) se realizó con el SCID, demostrando como punto de corte más eficiente los 40 puntos (eficiencia de 0,83). asume que: “presenta validez convergente adecuada con el Clinician Administered PTSD Scale (0,78) y con el Impact of Event Scale de (0,64) avalado por Horowitz M., Wilner N. y Alvarez W. (1979). Ciertamente, la validez discriminante se realizó con el Eysenck Personality Inventory Extroversion subescale (0,04) de Eysenck H. y Eysenck S. (1968), por este motivo, el análisis factorial arroja soluciones de 2 y de 6 factores.

Técnicas Cualitativas.

Entrevista semi estructurada.

Díaz L., Torruco U., Martínez M. Varela M. (2013) invocando a Flick U. (2007) medita que: “las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio”. (163) ciertamente, las entrevistas semiestructuradas se han vuelto pilares en las investigaciones cualitativas, puesto que buscan despejar toda hipótesis con los sujetos entrevistados a través de preguntas abiertas donde los mismos pueden expresar libremente sus opiniones conceptos y percepciones que poseen frente al hecho o fenómeno en desarrollo.

En lo que compete a la investigación esta técnica cualitativa se utilizará para obtener información relevante a lo vivenciado por los habitantes del barrio San Miguel de Mocoa Putumayo, y que a la par busca describir y detallar el impacto emocional que se desarrolló antes y después de que ocurriera esta calamidad.

Observación Participante.

Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. y Mendoza C. (2014) tiene en cuenta que la observación es: “es una cuestión de grado (...) no se limita al sentido de la vista, sino a todos los sentidos.” (Pag.399) es así que, esta técnica se podrá utilizar en la actividad extracurricular que se desea hacer con los participantes de la muestra, ya que es una actividad en el cual se puede observar y detallar sus comportamientos, actitudes y la forma en que estos dan a conocer cualquier tipo de opinión o sugerencia, esto se hace más que todo para determinar en qué

grado se encuentra su susceptibilidad o estado emocional que genera el espacio físico en el que se ven inmersos. Por todo y esto, se diseñará un formato o matriz en el que se registrará cada uno de estos elementos esenciales para el análisis de resultados, tomando la percepción que poseen los autores frente a que la observación participante implica adentrarse a profundidad en la problemática social.

Grupos de enfoque.

Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. y Mendoza C. (2014) estima que en estos grupos de enfoque: “existe un interés por parte del investigador por como los individuos forman un esquema o perspectiva de un problema a través de la interacción-“ (Pag.408) es evidente que estos grupos de enfoque se encuentran compuestos por 6 personas incluidos los dos sujetos que conforman la muestra sólo que la adición de 4 sujetos más da viabilidad y confiabilidad a la investigación que se está realizando, ya que los demás participantes poseen una perspectiva diferente sobre lo ocurrido y que afectó en gran parte sus bienes físicos y estado mental.

Las preguntas que se diseñara para el grupo de enfoque permite la vinculación de todos los participantes presentes debido a que se encuentran estructuradas con base a las categorías que se desean evaluar y segundo el evento hostil que cada uno de ellos experimentó bruscamente, por este motivo, el grupo de enfoque se ejecutará en un espacio libre de ruido y distracción para que en primera instancia se genere un espacio tranquilo y segundo, ningún tercero tome esta información con otro tipo de intenciones.

Estudio de caso o Historia de vida.

Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. y Mendoza C. (2014) validan que esta modalidad de estudio es: “otra forma de recolectar datos muy socorrida a la investigación cualitativa” (Pág. 416), según los referentes teóricos esta técnica se utiliza para rescatar

información y poder comprender los comportamientos, pensamiento y sentimiento que manifiesta los sujetos que hacen parte del estudio de caso, además, los resultados obtenidos con ellos posibilitan la comparación de resultados con otros estudios de casos con resultados similares.

En comprensión a lo mencionado, esta investigación toma dos estudios de caso con dos objetivos diferentes, el primero de ellos tiene que ver con un sujeto que ha perdido seres cercanos a él y el segundo participante que haya perdido bienes materiales significativos. Por ende, los resultados, aunque puedan ser distintos, lo que resulta de todo este proceso investigativo es, si ese tipo de pérdidas sumado a la experimentación del evento hostil, acarren el desarrollo del trastorno por estrés postraumático o está en la posibilidad de generarlo a futuro.

Protocolos y forma de recolección de información.

Para la recolección de información, en primer sentido utilizará cuantitativamente la Escala de Trauma de Davidson y cualitativamente la entrevista semiestructurada y la observación participante, dicho eso, se anexará a continuación el proceso que posee cada una de las herramientas que se establecerá.

Escala de Trauma de Davidson.

Este instrumento cuantitativo está compuesto por 17 ítems con 4 tipos de respuestas, donde el sujeto evaluado deberá ir marcando cada ítem de acuerdo a la frecuencia y severidad que presente. Así mismo, las personas que registraran la información en este test, tiene que ver con las 2 personas que conforman la muestra investigativa, puesto que, sus datos se prestan para el análisis de resultados y la determinación de la posible presencia del trastorno por estrés postraumático. La escala de Trauma Davidson se aplicará de forma aleatoria con los participantes, para evitar cualquier inconveniente o intrusión con las actividades rutinarias de los mencionados. Para observar este instrumento, diríjase hacia el Anexo 1, donde podrá percibir la forma y estructura de esta, puesto que toda la parte técnica y metodológica ha sido mencionada anteriormente.

Entrevista Semiestructurada.

La entrevista semiestructurada es una técnica que se ha seleccionado para obtener datos importantes con respecto a las categorías que se requieren para cumplir con el objetivo principal

de la investigación mixta, en referencia a esto, la entrevista se realizará con los participantes de la muestra en un horario pertinente a la situación de cada uno, eso sí, se preverá cualquier estado de crisis que presente los participantes a partir de las entidades públicas que presten el servicio de salud en el municipio de Mocoa Putumayo. Para ahondar en las preguntas que toma el grupo de investigación, el lector debe dirigirse hacia el Anexo 2.

Observación Participante.

La observación participante subraya el hecho de ahondar profundamente en la localidad donde se presentan los factores psicosociales que afectan a la población o muestra seleccionada, por ende, el registro de estos datos, se hace mediante un formato diseñado por los investigadores a cargo, donde se registran las situaciones, actitudes y comportamientos relacionados a las categorías principales del estudio mixto, ya sea por trastorno por estrés postraumático, impacto emocional y percepción emocional. Ver Anexo, 3, 4 y 5.

Resultados.

En el siguiente sustrato, se describen los resultados que se obtuvieron durante la elaboración de la investigación en vista de las técnicas que se aplicaron, como es, la entrevista semiestructurada, la observación participante y el grupo focal, así como también, el instrumento cuantitativo que hace alusión a la Escala de Trauma de Davidson (DTS), todo esto, adherido a los dos participantes del estudio de caso y los nueve participantes del grupo focal. Sumado a lo anterior, los pilares que se designaron para hacer un breve estudio sobre las respuestas arrojadas, son descritos mediante el análisis de contenido, cruce de categorías y la triangulación de datos, sujetos a la indexación de categorías principales como el Trastorno por Estrés Postraumático, el impacto emocional y la percepción emocional, logrando una mayor comprensión de la presencia de la enfermedad mental en personas sobrevivientes de una escena adversa.

Análisis de Contenido.

Tabla No.

Técnica 1. Entrevista Semiestructurada (Mujeres 30 – 50 años)

Categoría	Participante	Pregunta	Respuesta	Análisis
Trastorno de estrés Postraumático APA (2013), refieren que: El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. Síntomas de	Participante 1	¿Qué pasó aquella noche del 30 de marzo de 2017, a las 11:50 pm?	<i>Bueno ¿qué paso esa noche?, pues que nosotros eh... ya nos habíamos ido a dormir tipo 10:30 pm, tipo... no era mucho, pero ya estábamos dormidos, eso como de las 11:00 pm, le entró una llamada al celular a mi esposo, de mi hijo que no se encontraba con nosotros, él se había ido, ese viernes en la tarde se había ido a un encuentro deportivo a la Hormiga (Putumayo), desde allá él nos llamó y nos informó..., pero nosotros no le hacíamos caso porque no sentíamos nada, igual estábamos ya acostados, entonces el lloraba y se apresuraba que</i>	De acuerdo con lo narrado por el Participante 1 se puede inferir en que, se evidencia una clara relación y experimentación con el evento traumático que sucedió en dicho municipio, por lo tanto se puede aseverar que el criterio A del DSM V se cumple con el Participante, considerando que para que se cumpla dicho criterio, la persona tiene que haber experimentado, presenciado, escuchado, observado algún acontecimiento traumático que tomara en riesgo la vida de la persona o la

evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. Síntomas de activación arousal; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto.”

nos salgamos que algo estaba pasando, entonces yo viva al lado.... lado de mi apartamento, vivía mi hermana, ella también me había estado gritando pero nosotros no escuchábamos nada, entonces, me dio por asomarme, porque me hijo estaba muy insistente, muy asustado... me dio por asomarme, y si ya yo miré todo fue horrible, muy desastroso, la verdad es difícil de explicarlos, entonces nosotros como pudimos, yo abrí la puerta, y nos subimos hacia el techo de mi casa, con mi hermana sus dos hijos, mi esposo y yo, y... nos subimos hacia el techo, y ya no... se miraba horrible, igual llovía muy duro, era muy duro lo que llovía, no se miraba, se había ido la luz, estábamos encima de una plancha porque en ese momento, el pedazo del techo donde estábamos en la casa, se la llevó, entonces nos trasladamos a una plancha

somete a un miedo intenso. Así mismo, se debe considerar que el primer Participante, tuvo una pérdida material, sin embargo, esto no deja aún lado el hecho que, este fenómeno vulnerara la estabilidad mental de la persona.

enseguida de mi casa, esa plancha empezó a moverse muy duro y nos pasamos más atrás... y de ahí pues ya nos estuvimos un rato.

Participante 2	¿Qué pasó aquella noche del 30 de marzo de 2017, a las 11:50 pm?	<i>Bueno yo a esa hora me encontraba durmiendo, yo estudiaba en las noches y siempre salía como a las 10 y 30 de la noche, pero precisamente esa noche no tuve clases, mi esposo tampoco no tuvo clases, él también estudiaba y... estaba lloviendo duro, estaba cansada y me acosté a dormir... me acosté a dormir. ¡Lo último que me acuerdo es que... él me despertó! Me alcanzo a decir ¡mami se está metiendo el agua!... pero uno ene se momento lo único que piensa es... que, a mí se me ocurrió en ese momento, es que había dejado la llave abierta, que... se había tapado el sifón. ¡yo no sé, cualquier cosa! Pero no nos imaginamos esas cosas, yo me levanté y el instinto</i>	El Participante 2, cumple con el criterio A del DSM V debido a que su selección se debe a que, el Participante tuvo la pérdida de un ser querido, por lo tanto era esencial identificar si la pérdida de un familiar posibilita el hecho de que se desarrolle con mayor auge el Trastorno por estrés postraumático. En ese mismo sentido, la persona tiene que haber experimentado, presenciado, escuchado, observador algún acontecimiento traumático que toma en riesgo la vida de la persona o la somete a un miedo intenso. En el caso del Participante 2, su vida estuvo en riesgo y además su compañero sentimental
----------------	--	---	---

mío era ir hacia atrás, que a coger una escoba y a sacar el agua, y en ese momento escuché un estruendo y voltee a ver hacia atrás y ya miré fue la “ola” la ola de pura agua y barro, que se metió y fue derrumbando todo, fue derrumbando puertas, paredes, todo... y... yo me quedé como paralizada, yo ni siquiera lo voltee a ver, porque yo lo tenía a él en el lado derecho, yo ni siquiera lo voltee a ver a él... yo me quede viendo fue el agua y me quedé paralizada, y sé que él, me agarro del brazo y listo, ya no más sentí que “el agua me llevó”, el agua nos sacó a los dos... y al sacarnos, ella pasaba por la casa, la avalancha grande, fue la que nos arrastró más, hasta que llegué y... a un árbol, que fue donde yo me pude agarrar y... pude sobrevivir.

Participante 1	¿Dónde se encontraba en ese momento?	<i>En el momento en que pasaron los hechos, encima de un techo. ¿el lugar, el barrio? ¿cómo se llamaba el barrio? El barrio se llamaba los “Laureles” queda enseguida del San Miguel... igual si pues estuvimos encima de un techo ¿cómo quedó ese barrio? ¿si quedó o no quedó? Destruído.</i>	Con respecto a esta pregunta, el Participante 1 posiblemente no presenta ninguna alteración en su memoria, puesto que tiene información veraz sobre lo que se desarrolló aquella noche.
Participante 2	¿Dónde se encontraba en ese momento?	<i>Estábamos en la casa.</i>	De igual modo, el Participante 2, tiene conciencia del lugar temporo espacial en el que se encontraba, sin embargo, el desarrollo del evento sólo lo recuerda en el momento en que fue arrastrada por la avalancha.
Participante 1	¿Qué sintió usted, cuando los órganos de socorro y vecinos dieron alerta de una avalancha?	<i>No es que no... es que no nos dieron alerta, ¿tu hijo de te dio alerta? A Mi hijo... ¿usted qué sintió? No pues... angustia... demasiada angustia, si... demasiada angustia, demasiado temor, nunca nos imaginamos que fuera tan grande.</i>	Claramente, las afirmaciones dejan por aludido, que la experimentación de estas situaciones, genera un gran impacto traumático en la población, puesto que la presencia de este fenómeno hizo que la experiencia de

			ello, fuese demasiado fuerte para la estabilidad mental de una persona.
Participante 2	¿Qué sintió usted, cuando los órganos de socorro y vecinos dieron alerta de una avalancha?	<i>Es que no... no hubo alerta en ningún momento, ósea todo nos tomó de sorpresa, no escuchamos alarma porque ya... años anteriores iba y sonaba la alarma porque iba había habido una amenaza de avalancha, ¡sonó! Ahora no sonó nada, no se oyeron gritos... no se oyó ambulancias... ¡nada! Todo fue rápido.</i>	Como refiere el Participante, el evento fue sorprendente para ellos, por lo tanto, el desarrollo del impacto traumático se ve profundamente marcado en las personas.
Participante 1	¿Después de que ocurrió la avalancha, tiene recuerdos o sueños angustiosos sobre el evento? ¿Hace cuánto?	<i>Sueños como tal no... no he soñado... pero si tenía mucho temor, cada vez que llovía, yo no podía dormir, llovía y llovía y ya me sentaba aquí, yo ya estaba con linterna, no podía dormir ¿recuerdos? No pues... ya me imaginaba no mas todo lo que había vivido allá en ese momento y todo se me venía, y que el agua ya estaba acá, entonces yo no dormía, de pronto eso.</i>	El Participante 1, no presenta sueños angustiosos o perturbadores en los que se susciten el contenido onírico, ligado al evento postraumático. Sólo que los recuerdos si están persistentes en él y más si elementos externos, como el agua, el lodo, la lluvia y los gritos de personas, se encuentran latentes en la zona donde se está radicado, ya que Mocoa - Putumayo es un municipio

			húmedo tropical, por ende, estos elementos están presentes en el medio. Nótese, que el criterio B, del DSM V establece que la persona constantemente debe experimentar el acontecimiento.
Participante 2	¿Después de que ocurrió la avalancha, tiene recuerdos o sueños angustiosos sobre el evento? ¿Hace cuánto?	<i>Sí... jum... constantemente... yo estaba hace poco viviendo por el hospital, porque me quedaba cerca al trabajo... con toda esa lluvia volvieron y volvieron los sueños, sueño constantemente con... que ocurre otra tragedia similar... si no que ya no sólo sueños a Pablo, sino que sueño a mi familia, yo digo que es como el temor de perderlos a ellos también... y si sueño con aguas, sueño con barro... sueño con todo eso. (entrevistadora: ¿todos los días?) todos los días no., pero si... cada dos noches.</i>	La constancia de estos recuerdos enaltece el cumplimiento del criterio B del DSM V, dado que, la persona repetidamente re experimentan el acontecimiento hostil, ya sea por medio de recuerdos involuntarios, sueños, flashback, malestar psicológico o reacciones psicológicas asemejadas al ritmo cardíaco. En el caso del Participante 2, los recuerdos se ven representados en los sueños, donde se repite el suceso que experimentó sólo que en él involucra a los seres queridos que se encuentran presentes en su núcleo familiar.

Participante 1	¿Cuál es la escena que más recuerda de esa noche?	<i>Jum... no pues todo... (Entrevistador: ¿todo es?) El haber yo abierto la puerta y miré ese rio tan inmenso, tan alto... no... tan áspero, entonces sería eso.</i>	Con respecto al Participante 1, sus afirmaciones se ven ligadas a lo que refiere el 1 elemento del criterio B del DSM V, donde existen recuerdos intrusos y angustiantes sobre el evento hostil, ya sea mediante imágenes o pensamientos; considerando al Participante 1, el evento se encuentra presente constantemente.
Participante 2	¿Cuál es la escena que más recuerda de esa noche?	<i>Cuando él me despertó... cuando él me despertó, que fue como la última vez que yo lo ví a él... y ya cuando... la ola el agua, eso si la recuerdo clarita. (entrevistadora: ¿los llevó a los dos?) nos llevó a los dos, recuerdo que ya salí, que me agarré del árbol porque yo me agarre fue de una rama, y al cogerme de la rama, me subí a un árbol, que era como un árbol de limoná, naranja, no me acuerdo muy bien... esa escena de ver el agua... adelante, atrás, por todo lado donde yo miraba... miraba pura agua y</i>	Así mismo, el criterio B del DSM V, junto con los dos primeros elementos del criterio que detallan que se cumple siempre y cuando haya recuerdos angustiosos o sueños angustiantes. Como es bien sabido entender existen más elementos que dan cumplimiento a este criterio, sólo que, el Participante 2 hace alusión que su experiencia traumática se ve reflejada tanto en sueños angustiosos, como pensamientos involuntarios. En referencia a esta escena, se observa

		<i>como si estuviera unas olas inmensas digamos, ¡esas escenas no las puedo sacar de mi cabeza!</i>	que, claramente la vida del Participante estuvo en riesgo.
Participante 1	¿Qué siente usted cuando llueve fuertemente después de la avalancha?	<i>Mucho miedo, mucho temor.</i>	De acuerdo con el cuarto elemento del criterio B, del DSM V, se produce un intenso malestar psicológico por estímulos internos o externos que simbolizan alguna parte del acontecimiento. Esta pregunta, obtiene como respuesta miedo y temor frente a un factor externo como la lluvia, puesto que, el fenómeno que sucumbió la tranquilidad de los habitantes, se efectuó bajo fuertes olas invernales que provocaron tan lamentable resultado.
Participante 2	¿Qué siente usted cuando llueve fuertemente después de la avalancha?	<i>Jum...hasta ahí llega el sueño... llega todo... pienso que va a volver a ocurrir, que va a volver a pasar, y que una segunda vez, ya no... ya no voy a poder sobrevivir, eso es lo primero que se me pasa por la cabeza.</i>	Como refiere el Participante 2, la presencia del estímulo externo como la lluvia conlleva a que, no pueda conciliar el sueño y como es bien sabido entender, el clima del municipio es húmedo tropical, lo cual hace que el

desarrollo de las lluvias sea constante, por consiguiente, esto altera la conciliación del sueño. Además, el Participante 2 piensa que, la producción de fuertes lluvia se convierta en un elemento clave para que vuelva a suceder otra avalancha y perder su vida en ella.

Impacto	Participante	¿Qué	<i>¿qué emociones surgieron? Ósea como</i>	
Emocional (Belén I. y Paz E. (2012) insinúa que: “Hay circunstancias (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto emocional y (...) la ausencia de un apoyo social	1	emociones surgieron en usted, después de que paso este evento?	<i>que puede ser ahí, no entiendo ese pedazo... (aporte de los Psicólogos en Formación) emociones si claro muchas, uno siente miedo, mucho temor, no no todo...</i>	Como afirma el Participante 1, sus emociones estuvieron relacionadas con el miedo y el temor, y esto dentro del criterio C, se cumple siempre y cuando la persona frecuentemente evite estímulos relacionados al evento y desarrollan un embotamiento de la actividad general, de modo que, el criterio especifica que se deben cumplir mínimo tres síntomas o más, y el Participante 1 sólo presenta la evitación de actividades y lugares que le recuerdan a la tragedia, lo que, se asemejaría a evitar ver la destrucción

<p>(...) está relacionado directamente con el TEPT.” (Pág. 17)</p>	<p>completa de la vivienda que estaba construyendo. Es válido aclarar, que al Participante 1 no le cuesta expresar sus emociones, por lo tanto, no existe un embotamiento.</p>	
<p>Participante 2 ¿Qué emociones surgieron en usted, después de que paso este evento?</p>	<p><i>Miedo... inseguridad, eh... si... mantengo muy deprimida, muy sola, eh... sí.</i></p>	<p>El Participante 2 cumple tres de los síntomas que requiere el criterio C, sólo que, para empezar, se mencionara el primero de ellos, tiene que ver con la evitación de sentimientos, pensamientos o emociones que tienen que ver con el acontecimiento, el segundo, trata de evitar constantemente la exteriorización de los mismos.</p>
<p>Participante 1 ¿Qué sintió usted tras observar los resultados que dejó la avalancha?</p>	<p><i>No... mucha tristeza... no... mucho....</i></p>	<p>El impacto emocional que deja esta situación adversa, altera el equilibrio emocional del Participante 1, debido a que, las escenas que ellos recuerdan de ese día, genera un gran desconsuelo en ellos, por las acciones futuras que</p>

			deberán tomar para mantener su bienestar general.
Participante 2	¿Qué sintió usted tras observar los resultados que dejó la avalancha?	<i>Después de lo de la avalancha... mi mamá no quiso llevarme a ver nada, yo estuve una semana fuera de... de Mocoa, incluso la Psicóloga que me atendió, me dijo ¡que no me podía acercarse por acá! No podía regresar, a la semana regresé... y vi que... no había nada, no se miraba ni el piso, nada..., y eso... yo... los domingos sé ir allá y miro la casa y... sino que, yo no soy capaz de expresar mis sentimientos delante de otras personas, yo trato de hacerlo sola, pero si me inunda la tristeza... empiezo a recordar todo lo que íbamos vivió juntos, hasta las cosas materiales que no son materiales, pero hasta las cosas materiales uno empieza a recordar...</i>	Las acciones por parte del Participante 2, dejan en relevancia que el paciente trata de evitar los sentimientos, pensamientos o conversaciones asociadas al evento, y según el criterio C del DSM V, la persona repetidamente evita estímulos relacionados al trauma y el embotamiento de las actividades generales. Como el primer elemento lo dice, el Participante 2 su incapacidad de expresar sus sentimientos origina un embotamiento.
Participante 1	¿Existe alguna pérdida	<i>(silencio) mi casa sería... ¿cuéntenos? (el Participante 1 llora) ¿qué causa en ti,</i>	El Participante 1, no tiene problemas para demostrar los sentimientos que le

	material que haya generado algún malestar emocional?	esa pérdida material? (Participante responde llorando) no pues imagínese.... (silencio y quebranto) uno con tanto esfuerzo, yo soy empleada doméstica, y todo lo que trabajaba era para mi casa.... Nada...	produce la pérdida material de su vivienda, por consiguiente, no se evidencia ningún embotamiento en sus emociones.
Participante 2	¿Existe alguna pérdida material que haya generado algún malestar emocional?	Sí.... (entrevistadora: ¿cómo cuál?) nosotros estábamos en él... por momento, habíamos comprado cada uno una moto, incluso el... yo era la codeudora de él, ¡moto que me toca pagar! Porque como él no está muerto, sino desaparecido, me toca que correr con esa deuda, eso ha sido como lo que más. Más me ha torturado digámoslo de esa manera. (entrevistadora: ¿la deuda?) si la deuda de la moto que...	El Participante 2, durante su discurso no expresa ningún tipo de sentimiento u emociones que se encuentre enlazada con la tragedia, es decir, que el Participante 2 se mantendría en la decisión de no exteriorizar sus sentimientos delante de otras personas.

Participante 1	¿Existe alguna pérdida familiar que produzca algún desequilibrio en sus emociones?	<i>familia no...</i>	No se evidencia alguna pérdida familiar que desequilibre el área emocional.
Participante 2	¿Existe alguna pérdida familiar que produzca algún desequilibrio en sus emociones?	¿Perdida? (entrevistadora: pareja, amigos) <i>si la de él... es como que... la única persona que perdí pues en la avalancha, porque nosotros dos somos solos aquí, éramos solos aquí...</i>	A excepción del Participante 2, su pérdida familiar hace alusión a la pérdida de su pareja, por ende, el desarrollo del evento traumático cumple con el 3 síntoma del criterio C del DSM V, debido a que durante la entrevista el Participante 2 no logra recordar ciertos aspectos importantes del desastre natural, además, el participante sólo detalla su experiencia en el momento en que fue arrastrada por la avalancha.
Participante 1	¿Concibe que, este tipo de situaciones	<i>si no... deberíamos ser como más precavidos... como... si... ser como uno más precavido, de pronto uno a veces,</i>	Las respuestas que emite el Participante 1, dejan claro que existe una lección de vida que puede ser

	deja alguna enseñanza en su vida? ¿De qué modo?	<i>del susto uno hace cosas que no debe hacer... como salir corriendo o algo así, entonces como que uno debe mejor prevenir la carga.</i>	compartidas con personas que viven cerca de los caudales.
Participante 2	¿Concibe que, este tipo de situaciones deja alguna enseñanza en su vida? ¿De qué modo?	<i>Si... me enseñó a valorar mucho más las personas... las cosas, eh... antes dedicaba mucho tiempo trabajando que, para comprar nuestras cosas, nuestra losa, y dejaba de pasar tiempo con él.</i>	La enseñanza que deja esta tragedia en el Participante 2, hacen referencia a la reflexión sobre valorar el tiempo con las personas que conforman su núcleo familiar y social
Participante 1	¿Cree que, la experiencia que deja esta calamidad ambiental sirve para ayudar a salvaguardar la vida de otras personas ¿de qué manera?	<i>no no se ahí... (aporte del psicólogo) no si claro, sería como aconsejarlo no.... y que no construyeron y que no vivieran... cerca de los ríos.</i>	La experiencia de las personas que han sobrevivido a desastres naturales, dejan claro sus sugerencias sobre la construcción de casas en zonas de riesgo, ya sea por deslizamiento, inundación, incendios, etc., es decir, más asociadas a la parte material.

Participante 2	¿Cree que, la experiencia que deja esta calamidad ambiental sirve para ayudar a salvaguardar la vida de otras personas ¿de qué manera?	<i>Sí... (entrevistadora: ¿de qué manera?) bastante, ósea deberíamos eh... utilizar lo que... ocurrió digámoslo de esa manera, para evitar nuevas catástrofes no... nuevas tragedias, pero pues es algo que... ¡es inevitable! ¿Si el Estado debería hacer algo para ayudar en eso no?</i>	Mientras tanto, el Participante 2 afirma que esta clase de situaciones algunas veces logran ser prevenidas o controladas, otras, sin embargo, solo suceden de la nada y toma la vida cientos de personas que perecen en el intento de salvar sus vidas.
Participante 1	Como ha sobre llevado el desequilibrio emocional que ocasionó está calamidad ambiental.	<i>¿cómo ha tratado el miedo? No pues... de pronto yo rezo mucho no, le pido mucho a mi DIOS que me ayude, y eso me ayudado para yo poder dormir a veces un poco más, yo rezo mucho, le pido a DIOS que me ayude y me de ese valor, que no me dé tanto miedo.</i>	El desequilibrio emocional ha sido tomado por el Participante 1, como el miedo que altera su bienestar mental, por consiguiente, toma como plan de contingencia la oración, una técnica religiosa que se utiliza en muchas situaciones para aminorar el dolor y el miedo. No obstante, el Participante 1, presenta un síntoma que es referente para el criterio D del DSM V, y este tiene que ver con el insomnio.

Participante 2	Como ha sobre llevado el desequilibrio emocional que ocasionó esta calamidad ambiental.	<i>Pues... lo que yo he hecho es tratar de mantenerme lo más ocupado posible, yo tuve quince días de incapacidad después de la avalancha, y ahí mismo comencé a trabajar, seguí trabajando trabajando y hasta ahora no he parado de hacerlo, eso es lo que me mantiene ocupada, el trabajo, el estudio.</i>	El Participante 2 trata de evitar el desequilibrio emocional mediante la ocupación de su tiempo en actividades diferentes a las que realizaba antes del evento, siendo así que el segundo síntoma del criterio C del DSM V, tiene que ver con evitar actividades enlazadas con el evento hostil, por lo tanto, trata de evitar el surgimiento de emociones y pensamientos con la ocupación de su mente en otras actividades diferentes a las que hacía.
Participante 1	¿Ha habido algún tipo de sentimiento negativo como tristeza, enojo, miedo o incertidumbre, que haya dejado de	<i>(silencio por parte del Participante) tristezas pues sí muchas... (¿ósea pero de esas cual ha dejado de presentar, ya no siente tristeza, miedo todavía los siento) no... ósea todas las tengo.. todavía no las he dejado (¿y eso se presenta cuando llueve o...?) si claro más que todo cuando llueve, si, tristeza si cada vez que voy a mi casa a ver... arriba yo se ir a veces (y enojo ¿cómo lo</i>	Como se mencionaba anteriormente, el cuarto síntoma del criterio B del DSM V deja claro que, la presencia de estímulos externos que simbolizan el acontecimiento produce un malestar psicológico en el Participante y más aún si está en juego la inteligencia emocional del Participante. Mientras tanto, emociones negativas como tristeza, miedo, enojo, irritabilidad e

	presentarse en su vida?	siente?) <i>más bien no... no porque pues son como cosas de DIOS y él sabrá porque nos la manda, (¿No sintió enojo cuando tuvo la pérdida material?) bueno si claro en eso sí pero, ósea con nadie, solo yo ¿DIOS mío porque hiciste eso! Nadie echábamos la culpa.</i>	inseguridad, el Participante afirma tener presente todas, sólo que el resultado de la destrucción de su vivienda lo percibe como un plan de Dios que tiene sobre su vida.
Participante 2	¿Ha habido algún tipo de sentimiento negativo como tristeza , enojo, miedo o incertidumbre , que haya dejado de presentarse en su vida?	<i>si... si claro (entrevistadora: ¿cómo cuál?) miedo... mucha rabia... sé que no debería sentirla, pero sí, a veces... eh siento que... la vida es como un poco injusta, pero a uno le toca... ¡debo pensar que no soy la única la que padeció esto! Pero pues no... el pensamiento no me hace olvidarlo.</i>	Según el criterio D, el síntoma de arrebatos de ira o irritabilidad se suscitan en el Participante 2, pues como lo manifiesta el siente mucha rabia al saber que los planes que tenía programado con su pareja sentimental no se dieron de la mejor forma.
Participante 1	¿Cómo se siente hasta el día de hoy, después de	<i>ósea horita, reviviendo todo, como que vuelve a ese día, no muy triste, muy duro (¿ayer cómo se sentía?) pues si bien, más bien, no había pensado mucho.</i>	Cuando no existen preguntas relacionadas al evento, el Participante 1 se muestra tranquilo, a excepción de todos los síntomas que ha venido

	todo lo que ha sucedido?		presentado después del evento hostil, lo que deja claro que son más de 11 meses que el Participante ha intentado mejorar su calidad de vida.
Participante 2	¿Cómo se siente hasta el día de hoy, después de todo lo que ha sucedido?	<i>pues a veces... más de nueve meses, a veces siento que... que lo puedo... superar, a veces vuelven los recuerdos, más que todo en las noches, en donde más tiempo mantengo sola, entonces otra vez vuelven los recuerdos... los pensamientos negativos, voy bien luego retrocedo... más o menos (entrevistadora: ¿cómo que pensamientos negativos se le vienen a la mente?) um... no... pues nada, nada que tenga que ver con atender conmigo no, nada de eso, sino que si uno... pues, piensa no, porque sucedieron las cosas, um.. puede uno pensar mal de otras personas, que uno piensa que pudieron haber sido responsables de lo que pasó...</i>	El Participante 2 relata que después de más de nueve veces de haber sobrevivido al desastre natural no ha podido concentrarse en las metas que desea lograr, puesto que los recuerdos de aquel día tienden a presentarse en horas en las que se encuentra sola y la actividad laboral que realiza en el día ya ha finalizado. Esto se puede evidenciar, gracias al quinto síntoma del criterio D del DSM V, que difiere sobre la incapacidad de concentrarse que posee el Participante, no sólo en la fase de activación sino también en las horas de descanso del cuerpo.

Participante 1	¿En qué momento decidió seguir adelante con sus actividades diarias?	<i>no... pues ya como al otro día... toca como seguir adelante, porque ya que nos tocaba hacer (¿se le dificultó seguir adelante o... Tuvo tiempo dónde?) no pues porque gracias a DIOS el trabajo donde yo estaba me... me esperaron me dieron mi tiempo, entonces, yo seguí trabajando normal...</i>	Existe una perspectiva motivadora por parte del Participante 1 de continuar adelante con los proyectos que venía desarrollando. El trabajo que mantuvo en ese momento, motivó a la persona a seguir en su superación personal.
Participante 2	¿En qué momento decidió seguir adelante con sus actividades diarias?	<i>en el momento en que me di cuenta, que no solo yo estaba viviendo eso, que muchas personas han podido sobre... si han podido um superar en el momento que, mi mama me dijo que no estaba sola, en el momento que... que vi a mi familia más unida que nunca, mi papa y mi mama se separaron hace varios años... y... la avalancha los juntó, volvieron a sentarse al lado mío, entonces en ese momento me di cuenta que no podía “tirar la toalla” no podía darme por vencida, no..</i>	El apoyo familiar que ha recibido el Participante 2, sirvió para que la persona continuara con los objetivos a mediano y largo plazo que venía obteniendo en compañía de su pareja sentimental. Además, este apoyo familiar se vio manifestado en la comunicación que estaba surgiendo entre los miembros de su núcleo familiar.

Percepción emocional	Participante	¿Cómo percibió la reacción de los órganos de socorro?	<i>pues ósea como... (¿de las entidades como auxiliaron, como percibió eso, como percibió esa reacción?) no pues bien... si bien porque que, igual estuvieron ahí la mayoría de las... de los socorristas cuerpo de bomberos, defensa civil, mucha gente que nos ayudó, nosotros nos sacaron fue vecinos mismos, no organismos de socorro (¿ósea ustedes fueron atendidos por vecinos más no por...?) mas no por... (¿y después hubo ayuda no hubo ayuda, como se sintió usted ese apoyo?) pues... digámoslo normal... regular... regular (¿cómo qué tipo de ayuda fue de alimentos, agua,?) muy poca... pues sí alimentos, agua pero pues, uno como que le tocaba pues salir... y ya uno miraba ¡vé que en tal parte están dando una ayuda! Pues entonces como que uno ir, pero mas no le decían, venga usted tiene esta ayuda le vamos a dar... a uno</i>	La percepción emocional que posee el Participante en cuanto a la reacción de los órganos de socorro que los auxiliaron en ese momento es denotada como buena, mientras que su percepción se vio afectada en el momento en que las ayudas humanitarias se comenzaron afectar, puesto que recibieron objetos en mal estado, lo que generó impotencia y desagrado en ellos, por el tipo de ayuda que estaban obteniendo por parte de las entidades competentes, es decir, que a la final, esta ayuda sólo dejó en él, tristeza.
<p>(Ekman (2003) expuesto por Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al recalcar que: el carácter fundamental consiste en la percepción de los estados emocionales que, (...) manifiestan los cuerpos de maneras diferentes por medio de indicadores musculares específicos y distintos para cada</p>	1			

tipo de emoción
básica (...).” (Pág.
74)

*le tocaba salir a la calle, y ya miraba un
carro repartiendo, entonces ya uno se
arrimaba; ropa también era así, y eso
son cosas que a uno no le servía, cosas
rotas cosas dañadas, como que mal... ¿si
me entiende? (¿cómo se sintió?) pues
muy mal... como muy... no sé si sería por
parte de gobierno o de las entidades...
como que daba tristeza uno ponerse a
recibir cosas que no valían la pen, la
verdad..*

Participante 2	¿Cómo percibió la reacción de los órganos de socorro?	<i>um... pues la verdad... no... no mire como mucha ayuda por parte de ellos, yo básicamente salí sola de ahí, a mí me llevaron unas personas... que estaban en los techos, protegiéndose de lo de la avalancha y con la búsqueda de mi esposo, miré mucha negligencia, ósea no hubo mucho apoyo por parte de ellos, si ayudaron, pero siempre siempre falta mucho no? No estábamos preparado para una catástrofe de esa magnitud,</i>	Por parte del Participante 2, la reacción de los órganos de socorro fue negligente con las personas que salvaron su vida de manera individual, y la atención que debían recibir fue brindada por los demás habitantes que se encontraban en la misma situación. En cuanto a la búsqueda de su pareja sentimental, evidencio un proceso muy lento, lo que causó decepción moral y emocional en cuanto a lo que
-------------------	---	--	---

		<i>entonces yo creo que... es debido a eso, que hubo mucha negligencia</i>	observaba por las entidades municipales que estaban encargadas de prevenir estas calamidades.
Participante 1	¿De qué manera se puede olvidar este tipo de situaciones?	<i>no pues no creo que haiga una manera de... pidiendo mucho a DIOS de pronto, pues yo siempre lo hago, yo siempre le pido mucho a él, pero aun así siempre es difícil.</i>	Según el Participante 1, no existe ninguna posibilidad de que se borre esta experiencia traumática que vivenciaron aquel día, de modo que, la superación de esto sólo la pretenden lograr mediante la ayuda espiritual que reciben por medio de la oración.
Participante 2	¿De qué manera se puede olvidar este tipo de situaciones?	<i>No creo que haiga la forma de olvidar lo que pasó</i>	De igual modo, el Participante 2, no encuentra las herramientas psicológicas para poder aminorar este suceso desastroso que tomó la vida de su pareja sentimental y el daño de sus bienes materiales.
Participante 1	¿Qué siente usted al saber que, personas allegadas a usted, hoy ya	<i>no... amigos, pues gracias a DIOS, como te digo familia yo no perdí, pero si perdí amigos, y siento mucha tristeza por ellas, porque eran unas familias.... Muy buenas personas.</i>	La desolación que sienten con respecto a la pérdida de amigos cercanos a sus vidas, afecta como tal su percepción, pues hoy en día estas personas ya no se encuentran en su vida para aportar en su crecimiento personal.

	no se encuentran?		
Participante 2	¿Qué siente usted al saber que, personas allegadas a usted, hoy ya no se encuentran?	<i>¡um... duro... porque uno se hace sueños, se hace planes, se mira en un futuro con esa persona y es difícil uno tratar de... de borrar todo lo que había soñado y empezar de cero, pero hay que hacerlo.</i>	En referencia al Participante 2, los sueños que creían tangibles, el desastre natural dejó en claro que sólo eran intangibles, pues si bien es cierto, los sucesos traen consigo una serie de modificaciones tanto en la percepción, pensamiento o emoción del sobreviviente. Por parte del Participante, su forma de percibir las cosas se notan un poco alteradas, pues para él ya no existe nada que asegure el éxito de sus metas.
Participante 1	¿Existen escenas que provoque en usted emociones	<i>¿pues escenas como que podría ser? (¿escenas como, por ejemplo, que usted este viendo en televisión o que usted viendo en la calle, algo que a usted escenas le provoquen escenas desagradables, de pronto un olor que le</i>	El síntoma de malestar psicológico que produce en el Participante se debe a elementos que durante la tragedia se observaron, percibieron y experimentaron, ya sea por el olor del barro, el olor fétido de los cadáveres de

	desagradables ¿Qué tipo?	traiga, sí... alguna escena que le traiga a usted algo desagradable...?) <i>um.... (¿aparte de que llueva fuerte aquí...?) (¿alguna escena, que de pronto usted esté cocinando..?) bueno sí... si eh...a veces nosotros en esta calle... los vecinos tienen muchos perros y hacen mucho excremento y eso si es como maluco, me da como mal genio eso...</i>	seres humanos y animales y las imágenes desastrosas del fenómeno natural.
Participante 2	¿Existen escenas que provoquen en usted emociones desagradables ¿Qué tipo?	<i>qué cómo así? (entrevistadora: escenas desagradables como un barro, lod,) el olor del barro lo detesto, ¡detesto el olor del barro! Yo de por sí no... sé nadar, yo no sé nadar, yo no era de meterme al río, pero ahora... ¡peor! yo no soy capaz de meterme a un río.</i> ..	El Participante 2, relaciona el olor del barro con el olor que percibió el día de la tragedia, por consiguiente, estos estímulos hacen que el Participante sienta un malestar psicológico que intranquiliza a la persona y afecta su área emocional. Además de lo anterior, actividades que antes frecuentaba como la natación en los ríos, hoy en día y ano lo practica a causa de la carga emocional que dejó este evento.

Participante 1	¿Hay algún ruido, olor, sensación, emoción, sabor o sonido de aquel día, que le genere algún estado de alerta	<i>um... si a veces cuando llueve duro, yo escucho que el rio suena duro como esa noche, entonces me da miedo (¿olor?) olor no... más bien no... (¿sensación?) sí... de salir corriendo... si claro, ujum... (¿una emoción?) no pues... la emoción de tristeza sería, porque claro uno quiere salir, uno sabe qué hacer en ese momento... (¿sonido?) el ruido de la lluvia...</i>	Estímulos como los ruidos, olores, sensaciones, sonidos o sabores puede desestabilizar la salud mental del paciente, y el Participante 1 anuncia que, en cuanto al ruido o al sonido del lluvia lo percibe de forma negativa ya que esto le produce miedo y siente la necesidad de retirarse del lugar donde se encuentra.
Participante 2	¿Hay algún ruido, olor, sensación, emoción, sabor o sonido de aquel día, que le genere algún estado de alerta	<i>eh.... El olor al barro, ¡la gente...! sé escuchar cuando hay multitud de personas o hay personas que están gritando o algo, yo como ahí me pongo como alerta, como porque está ocurriendo eso... o cuando... como trabajo cerca al hospital, cuando se escuchar las ambulancias, de una vez empiezo a asomarme a ver qué es lo que pasa, cuando llueve duro también, pues son como escenas, en las que uno está</i>	El Participante 2, reitera que olor del barro, el ruido de las multitudes, el sonido fuerte de la lluvia y los gritos ocasionan un estado de alerta en él, lo que conlleva a que estado emocional se encuentra un poco alterado por los diferentes estímulos que se encontraban latentes el día en que sucedía esta situación hostil. Esto no deja de lado que, sus actividades labores estén relacionadas con la

como alerta, digamolo de esa manera... actividad médica, debido a que esto le
(entrevistadora: usted trabaja cerca o permite estar enterada de las
dentro del hospital?) ¡cerca! Trabaja a emergencias que se están presentando
una cuadra del hospital... durante el día. Hasta el momento, no ha
(entrevistadora: ¿y usted qué opina de encontrado la forma de inhibir estos
estar trabajando del hospital?) ¡cerca del impulsos involuntarios que le producen
hospital? No pues... el hospital no... no, estos estímulos externos a ella.
es que la vez que estuve en el hospital...
fue... como ¡muy rápido! Yo fui las
primeras que llegue, y mis lesiones todas
era superficiales, yo tengo cicatriz pero
todas son superficiales, en el momento
que fueron llegando las demás victimas
que ya llegaron graves, a mí me sacaron
automáticamente del hospital,
entonces... no es que tenga... grandes
recuerdos del hospital no...

Tabla No.**Técnica. Formato de Observación Participante****Fecha:** 10 de enero de 2018 / 4:00 pm**Lugar:** Barrio Kenedy (Mocoa – Putumayo)**Situación:** El Participante 1 se encontraba haciendo sus actividades domésticas dentro de su vivienda.**Categoría:** Trastorno por Estrés Postraumático. (Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) citando a APA (2013), refieren que: El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. Síntomas de evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. Síntomas de activación arousal; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto. (Pág. 1174)**Observación:** El participante tienen en cuenta cada detalle con respecto al desarrollo de la tragedia, comenzando por las personas que dieron aviso o comunicado sobre el suceso, que, en este caso, hace alusión al hijo, seguidamente, se muestra disgustada durante las preguntas que se le hacen, pues una de ellas, tiene que ver con ¿Qué sintió usted, cuando los órganos de socorro y vecino dieron alerta de una avalancha? A lo que responde de forma rápida, pero con un tono fuerte, que no hubo ninguna señal de alerta, sólo la de su hijo. La evocación de sentimiento y recuerdos angustiosos, no han permitido que el Participante 1 pueda conciliar el sueño, por ende, es notable el cansancio físico y mental que se representa en su rostro y la postura que toma. Sumado a lo anterior, se identifica que tienen claro escenas exactas sobre el momento en que la avalancha sucumbía el lugar de refugio (techo) en el cual se encontraba

en ese momento, por ello, su voz se empieza a entre cortar a medida que sigue relatando los hechos. En situaciones, como la presencia de fuertes lluvias durante el municipio, incurre en la suspensión del reposo y entra en un estado de vigilia que no se suspende, hasta que termina de llover.

Análisis: En vista de lo anterior, se trasluce que el Participante 1 posee una suma experimentación con el evento traumático que sucedió en dicho municipio, por lo tanto, se puede aseverar que el criterio A del SM V se cumple con el Participante, haciendo hincapié en que, éste primer ítem se consume una vez la persona experimenta, presencia, escucha u observa algún evento hostil que conjuga la vida de alguien. Así pues, al haber soportado un estímulo tan adverso, difunde un impacto traumático en él y la población latente, ya que, el enfrentamiento directo con un fenómeno natural conlleva a que se desestabilice la salud mental de una persona, más aún, si su vida estuvo en riesgo. Ahora bien, en lo que se alude con los recuerdos, estos son persistentes en él, más si se cuenta con elementos externos, como el agua, el lodo, la lluvia y los gritos de personas, están presentes en el sitio donde está radicado, resaltando a Mocoa - Putumayo como una zona húmedo tropical, por lo tanto, es común que estos estímulos estén presentes en el medio, además, el criterio B, postulado por el DSM V sostiene que la persona constantemente debe experimentar el acontecimiento por medio de recuerdos intrusos y angustiantes, que se sobrevienen a la mente en forma de imágenes o pensamientos abruptos.

Fecha: 10 de enero de 2018 / 4:30 pm

Lugar: Barrio Kenedy

Situación: El Participante está sentado en la sala de su casa.

Categoría: Impacto emocional. (Belén I. y Paz E. (2012) insinúa que: “Hay circunstancias (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto emocional y (...) la ausencia de un apoyo social (...) está relacionado directamente con el TEPT.” (Pág. 17)

Observación: Se evidencia que el sujeto 1 al momento de relatar su participación en el evento, su voz se quebranta y entrecorta, por ello, su tono de voz disminuye conforme sigue narrando todos los sucesos que tuvo que sobrepasar para poder conservar su vida. Más allá de todo, el participante 1 durante la entrevista se muestra nerviosa, triste y ansiosa, debido a que, esto lo ha llevado a recordar con detalle cada aspecto que fue traumático para él, seguidamente, el participante entra en quebranto cuando responde a la pregunta que difiere ¿Existe alguna pérdida material que provoque en usted algún malestar? Resaltando que, la casa ha sido el producto de su esfuerzo, pues ha incursionado en el mundo laboral desde los 16 años con trabajos informales, como aseo, por consiguiente, es que se resalta su dolor frente a lo sucedido, pues no entiende, porque una situación de estas ha generado bastantes pérdidas humanas y materiales con una población que siempre se ha mantenido al margen de la desigualdad social. Como medida de contingencia, la exhibición de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático logran ser inhibidos después de cada rezo, rito o costumbre que tiene antes y después de acostarse, ya sea teniendo a la mano recursos como linternas, botas plásticas, capa plástica y enseres; a causa de las creencias religiosas y tradiciones indígenas no ha optado por asistir al Psicólogo, porque lo ve innecesario, más con un rezo u oración, puede estar tranquilo, siempre y cuando no llueva, se permean el olor del barro o escuche gritos de las personas. Por último, sólo puede decir que, los estímulos mencionados con anticipación continúan removiendo sus sentimientos que intenta controlar con sus estrategias espirituales, a pesar de, que esto no sea tan efectivo como él cree.

Análisis: Por lo que se refiere al impacto emocional, el miedo y el temor que se desarrolló a partir del suceso, según el DSM V, demanda que dentro del criterio C, se cumple siempre y cuando la persona frecuentemente evite estímulos relacionados al evento y desarrollan un embotamiento de la actividad general, de modo que, ante el impacto emocional que se ha amplificado en el Participante 1, el mismo sólo presenta la evitación de actividades y lugares que le recuerdan a la tragedia, lo que, se asemejaría a evitar ver la destrucción completa de la vivienda que estaba construyendo, aclarando que no le cuesta expresar sus emociones, interpretándose como la anulación de un embotamiento incesante en él. Al mismo tiempo, el impacto emocional es el producto de la interiorización

de imágenes desfavorables que rememora de ese día, lo que implica un gran desconsuelo por las decisiones que deberá acaparar para resarcir su salud mental y emocional de forma personal y familiar.

Fecha: 10 de enero de 2018 / 5:30 pm

Lugar: Barrio Kenedy

Situación: El Participante está sentado en la sala de su casa.

Categoría: Percepción emocional. (Ekman (2003) expuesto por Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al recalcar que: el carácter fundamental consiste en la percepción de los estados emocionales que, (...) manifiestan los cuerpos de maneras diferentes por medio de indicadores musculares específicos y distintos para cada tipo de emoción básica (...).” (Pág. 74)

Observación: El Participante 1 aclara que después del desenvolviendo de la tragedia, los órganos de socorro como cuerpo de bomberos, Ejército, Policía nacional y Defensa civil estuvieron presentes en el lugar, así mismo, existió mucha gente que facilitaron su ayuda para con él, a pesar de sostener que, ellos no fueron quienes dieron alerta del peligro, sino que fueron vecinos que durante el desastre lograron salvarle la vida, del mismo modo, para él la entrega de ayudas humanitarias ha sido regular, pues si bien es cierto, en lo que tiene que ver con elementos básicos como alimentos, ropa y alojamiento, fueron brindados por parte de amigos allegados a la pareja sentimental que labora como conductor en una empresa exclusiva del municipio, de igual manera, recalcó mucho la tristeza y enojo al saber que, dentro de las ayudas humanitarias que facilitaban los órganos de socorro, se encontraba ropa en mal estado que le fue entregado a él y a su familia, generando un sabor amargo que, la indiferencia del Estado se viera reflejado en objetos de aptos para ser usados. En otra ocasión, tiene como precepto que, no existe ninguna manera, forma o método para olvidar la experiencia adversa que tuvo que soportar, salvo la oración intensiva como medio espiritual, por ende, no ve necesario asistir al Psicólogo, pues entiende que con la intervención que realizó uno de los Psicólogos asignados por las Brigadas de salud, fue suficiente para él, así el

malestar se siga presentando perseverantemente. Desde el punto de vista del Participante 1, las ayudas no han sido lo bastante suficientes para subsanar las necesidades económicas, personales y sociales, por consiguiente, menciona que es necesario seguir fortaleciendo las redes de apoyo con su familia, teniendo en cuenta que, éstas se han deteriorado en cierto modo, del mismo modo, está cumpliendo un crédito bancario de la casa que perdió, pero que, no tiene sentido para él ser responsable con obligaciones financieras por un objeto material que no es palpable en el momento, además, hoy en día no tiene una fuente de empleo que lo motive a seguirse esforzando por asumir nuevas retos que sirvan como estímulos para seguir con su vida. Por último, es desagradable percatarse de la fragancia del barro, el excremento de animales, el sonido de la lluvia y la voz fuerte de los vecinos, porque, genera angustia y molestia al mismo tiempo, conllevando a que sea difícil para él mantener la calma, más aún si no cuenta con las estrategias efectivas para hacerlo.

Análisis: La patología ha ocasionado que, su forma de percibir la vida se vea distorsionada ante la inequidad que ha existido sobre las medidas de contingencia que ha tomado los dirigentes del municipio para atender las falencias de la población, más si se hace hincapié en la adhesión a un objeto material que fue de gran importancia para él, y que terminara suscitando emociones y sentimientos negativos. Desde su percepción, no es importante contar con un Psicólogo, ya que, el malestar emocional que surge una vez se fija en los estímulos asociados, los pueden subsanar a través de oraciones, rezos o ritos, sin importar la intensidad en la que se evidencie los síntomas ligados al Trastorno por Estrés Postraumático.

Fecha: 17 de enero de 2018 / 7:00 pm

Lugar: Barrio Sinaí (Mocoa – Putumayo)

Situación: El Participante 2 se encontraba descansando en una mecedora.

Categoría: Trastorno por Estrés Postraumático. (Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) citando a APA (2013), refieren que: El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del

acontecimiento. Síntomas de evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. Síntomas de activación arousal; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto. (Pág. 1174)

Observación: En su expresión fácil se observa al Participante tranquilo y sereno, relatando su experiencia en el desastre natural de forma minuciosa, salvo que, no recuerda el momento exacto en donde su pareja se desprende de su mano cuando eran arrasados por la avalancha, llegando así, a un árbol donde se encuentra con otro sobreviviente, pero sin la compañía de su pareja sentimental. La impresión del incidente viene una vez se asoma y observa lo que está pasando alrededor de su apartamento, a lo que abre la puerta y junto con su pareja se suben al techo, de la mano de su hermana, sus sobrinos y el esposo de su hermana; al estar allá queda impactada por lo que se está desarrollando en una escena donde llueve de forma violenta y ante la oscuridad espesa de la noche su tranquilidad desaparece y viene el terror de que el lugar donde están salvando sus vidas, caiga, siendo así que cae el Participante 2 y la pareja sentimental dentro del curso que sigue la avalancha y pierden contacto con todo. En suma, medida, agradece nostálgicamente a su pareja sentimental por haberle salvado la vida, colocando la vida de él por encima de todo, por ende, esta escena se re experimenta todas las noches, referido por el mismo, connotándose como algo inquietante que hasta el momento no ha desaparecido.

Análisis: Para empezar, el Participante 2, cumple súbitamente los criterios A, B, C, D y además ciertos criterios del criterio E del DSM V de la enfermedad mental Trastorno por Estrés Postraumático, así pues, la experiencia hostil que describe está sujeta al hecho, de haber sido arrastrado por la avalancha junto con su pareja sentimental y que haya quedado sujetado a un árbol, mientras no se percataba de la pareja sentimental que la acompañaba. Si bien es cierto, esta escena constantemente se ve involucrada en sus sueños, por lo que no ha sido fácil de olvidar y por ello, busca ocupar su mente con sus obligaciones laborales. Al mismo tiempo, precede que los continuos recuerdos dan cumplimiento al criterio B del DSM V, puesto que, la persona reiteradamente re experimentan el

acontecimiento discrepante, ya sea por medio de recuerdos involuntarios, sueños, flashback, malestar psicológico o reacciones psicológicas asemejadas al ritmo cardiaco. También, los recuerdos se ven figurados en los sueños, donde se renueva el acontecimiento que sintió sólo que en él involucra a los seres queridos que se encuentran presentes en su núcleo familiar. En definitiva, el criterio B del DSM V, junto con los dos primeros elementos del criterio que detallan, se cumple siempre y cuando haya recuerdos angustiosos o sueños angustiantes. En consecuencia, existen más elementos que dan acatamiento a este criterio, sólo que, el Participante 2 hace indicación que su experiencia desfavorable se ve reflejada tanto en sueños angustiosos, como pensamientos involuntarios.

Fecha: 17 de enero de 2018 / 09:00 pm

Lugar: Barrio Sinaí (Mocoa – Putumayo)

Situación: El Participante 2 se encontraba descansando en una mecedora.

Categoría: Impacto Emocional. (Belén I. y Paz E. (2012) insinúa que: “Hay circunstancias (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto emocional y (...) la ausencia de un apoyo social (...) está relacionado directamente con el TEPT.” (Pág. 17)

Observación: El Participante al momento de responder las preguntas vinculadas a la categoría impacto emocional responde con miedo e inseguridad, pues se visualiza ciertos estados depresores en él, a causa de la soledad que siente por la pérdida de su pareja y que su familia se encuentre lejos, para él, mostrar sus sentimientos hacia otras personas, es muy complicado, visto que, sólo se siente en la capacidad de hacerlo en el momento que se encuentra solo dentro de su habitación, es allí donde comienza a recordar lo que vivió con su pareja, las cosas materiales que habían obtenido juntos, las metas y sueños que una vez se dispusieron a cumplir juntos, pero que hoy en día todo queda incierto. Se evidencia cierto desagrado, ante el compromiso bancario que posee con una empresa de motos, pues figura como codeudor de la pareja sentimental, quien meses atrás había solicitado una motocicleta y que perece en la escena, mientras tanto, para la empresa, la persona no aparece como fallecida sino como desaparecida, por ende, el compromiso sigue vigente. El Participante 2, después de más de nueve meses que sucedió el evento, existen momentos en los que se siente en la capacidad

superar todas las escenas que lo atormentan y afectan su salud mental, aunque, es en las noches en que emergen todos los recuerdos que tienen de aquel día, acompañado de pensamiento negativos que lo hacen retroceder al mismo estado depresivo del que intenta salir todos los días por medio de sus estrategias de afrontamiento, cabe resaltar, que los pensamientos negativos no están vinculados a ideas de autoeliminación, sino que, son preguntas enfocadas al porqué de las cosas, responsabilizando a otras personas que eran las encargadas de garantizarles a ellos la integridad y el bienestar como ciudadanos y habitantes del Barrio San Miguel.

Análisis: El Participante 2 registra síntomas que se encuentran anexos al criterio C, el primero tiene que ver con la evitación de sentimientos, pensamientos o emociones que tienen que ver con el acontecimiento, el segundo, trata de evitar constantemente la exteriorización de los mismos. Los comportamientos que emite el Participante 2, deja a la luz que constantemente evita los sentimientos, pensamientos o conversaciones asociadas al evento, y según el criterio C del DSM V, la persona repetidamente evita estímulos relacionados al trauma y el embotamiento de las actividades generales. Como el primer elemento lo dice, el Participante 2 tiene una incapacidad de expresar sus sentimientos, originando un embotamiento. De igual manera, la expresión de sus pensamientos no provoca ningún sentimiento u emoción como llanto, tristeza o rabia delante de personas ajenas a él, mientras que, postula que, cuando se encuentra sólo, es que vienen todos estos sentimientos y causan un profundo malestar.

A concepción del criterio D, síntomas de arrebatos de ira o irritabilidad se suscitan en el Participante 2, se deben a la rabia que se sobrepone en él, al saber que lo que tenía planeado con su pareja sentimental no se dieron de la forma que esperaba, siendo así que, por más de nueve veces de haber sobrevivido al desastre natural no ha podido concentrarse en las metas que desea lograr, dado que, los recuerdos de aquel día tienden a presentarse en el momento que está sola o bien, se encuentra durmiendo. Esto se puede evidenciar, gracias al quinto síntoma del criterio D del DSM V, que difiere sobre la incapacidad de concentrarse que posee el Participante, no sólo en la fase de activación sino también en las horas de descanso del cuerpo.

Fecha: 17 de enero de 2018 / 10:00 pm

Lugar: Barrio Sinaí (Mocoa – Putumayo)

Situación: El Participante 2 se encontraba descansando en una mecedora.

Categoría: Percepción emocional. (Ekman (2003) expuesto por Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al recalcar que: el carácter fundamental consiste en la percepción de los estados emocionales que, (...) manifiestan los cuerpos de maneras diferentes por medio de indicadores musculares específicos y distintos para cada tipo de emoción básica (...)” (Pág. 74)

Observación: Desde la percepción del Participante 2, existe mucho miedo, mucho dolor y rabia, aún que cree que no debe sentirlo, insinúa que la vida es muy injusta, aún que sabe que no es la única que pasó por el desastre natural, sus cuestiones personales no le hacen olvidar estos sentimientos negativos. En lo que tiene que ver con el sueño, el contenido onírico y simbólico es representado a partir de la experiencia funesta, donde incluye a su pareja sentimental y la familia, observando que son arrasados por el lodo cayendo al vacío; constantemente, en los sueños que posee recurrentemente tiene que ver con elementos como el agua, el barro, la lluvia y el lodo, esto sucede cada dos noches, según lo atestiguado por él. Por otro lado, durante el salvamento que estaban dando los órganos de socorro en la sección, en el caso del Participante no observó ningún tipo de ayuda, pues como aclara, salió por sí solo del lugar; destacando la labor humanitaria de otras personas ubicadas en los techos de sus casas y que lograron atenderlo; desde su perspectiva personal, falta mucha ayuda por parte del Estado y los dirigentes del municipio, pues nunca se avisó tomó medidas para una muerte anunciada. En otro aspecto, da lugar a que las experiencias no se olvidarán nunca, más si esto se revive en sus sueños, una vez procura conciliar el sueño y se levanta con agitación, ansiedad, miedo y temor intenso. En última instancia, acontece que, después de la tragedia, detesta con gran fervor el olor del barro, el agua y las multitudes de personas, ya que, todo esto promueve recuerdos que intenta olvidar, aunque no pueda, pero si suscita un malestar intenso que lo conlleva a perder el control.

Análisis: Conviene subrayar que, la aparición de estímulos asociados como la lluvia, el olor del barro y la multitud de personas induce a un fuerte malestar psicológico que se ve acompañado de problemas para conciliar el sueño, a pesar de que, el municipio se caracteriza por ser húmedo tropical y las fuertes lluvias se insistentes, se interpreta como un malestar que se sigue produciendo asiduamente, teniendo en cuenta que desde su percepción esto es clave para que ocurra otra fuerte avalancha de la cual no pueda salvarse. En otro aspecto, el Participante 2 difiere que la reacción de los órganos de socorro fue negligente, ya que, en la búsqueda de su pareja sentimental, evidencia un proceso muy lento, lo que causa preocupación y decepción moral por el proceso que toman las entidades encargadas de esto. Al mismo tiempo, se puntualiza en que no cuenta con las herramientas psicológicas para poder aminorar el malestar intenso que lo somete, más si su forma de percibir la vida es tenue.

Tabla No.

Técnica 1. Grupo Focal (Hombre / Mujeres 30 – 70 años)

Categoría	Pregunta	Respuesta
<p>Trastorno por estrés Postraumático.</p> <p>(Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) citando a APA (2013), refieren que: El TEPT conlleva Síntomas de reexperimentación;</p>	<p>¿Qué se encontraban haciendo en ese momento?</p>	<p><i>Participante 1: la noche de avalancha? Pues lo que estábamos haciendo era durmiendo, como a las 10 de la noche comenzó a llover y llovía y llovía durísimo, y ya cuando, llegaron una, llegó una nieta de ella, el marido, la suegra de... de la nieta, ¡ey... que se salió la “taruca! Entonces nosotros dijimos ¿cómo que se salió la “Taruca”? y cuando salimos de ahí de la casa... claro ya estaba comenzando a bajar era el duro... eh, ahí nosotros no era más que nos trepamos a la casa de... de Doña Mary Cruz y la hija de las señora, y ahí esperábamos que pase todo, ahí habíamos un poco, me... eso meniaba feo la casa... la hora de llegada, eso no era más que me cogí de la ventana, como soy ciego.. pues... Diosito lo que usted quiera está bien hecho, si es de morir así... pues que carajos. Y antes nos dejó un par de semillas, y seguimos así, no nos hemos ido de ahí del ranchito nuestros, porque tenemos nuestra casita, el ranchito propio, no hemos ido, no nos hemos ido porque no tenemos a donde irnos, y para ir a pagar arrendo, allá unos días, y de ahí pues vayase a rebuscar, entonces por nada eso, estamos en el ranchito por si de pronto nos colaboran con alguna casa y ahí si, ¡ahí ya nos vamos! A la hora que sea. No ve que cuando llueve, siempre cuando llueve duro, uno se trasnocha... porque como que presciende ¡que ya vienen las piedras otra vez!</i></p>

recuerdos,
sueños,
ilusiones,
alucinaciones
o flashbacks
del
acontecimien
to. Síntomas
de evitación;
evita
pensamientos
,
conversacion
es, lugares o
personas
asociadas al
acontecimien
to, además
muestra
desesperanza
y restricción
afectiva.

***Participante 2:** yo esa noche venia de un estudio bíblico... acababa de llegar a la casa y... y la realidad había estado tajando en la construcción y en la casa, y llegaba cansado porque en mi iglesia había incluso una vigilia y no me quedé en la vigilia, solamente clamaba a Dios que pasara el agua un momento hasta llegar a la casa, y en ese momento pasó el agua, y llegué aquí a la casa y entre a descansar cuando, cuando en ese momento me había quedado hasta dormido, y... mi esposa se levanta y en ese momento dice ¡hola se están llevando las casas! Y yo ¿cómo así, las casas? dijo Si... ella cuando abre la puerta y el agua que iba a golpiarla, y alcance a jalarla en todo el agua, y en ese momento gritó al otro hijo... ¡Javier...! Dijo ¡avalancha...! dijo mamá, tranquilo ¡salga para atrás!, ¡salgan para atrás! Y fuimos al tercer piso de la otra casa y antes nos subimos, alcanzamos a subir, pero ya el agua nos llevaba ya casi la mitad de las rodillas y subimos al segundo piso, y en el segundo piso también comenzó a entrar el agua, ¡al tercero! Nos subimos al tercero, el tercer piso, el tercer piso si ya vimos lo real que era, ¡jamás en mi vida había visto eso! ¡fue algo impresionante! Saber que... que la realidad nunca esperamos que ese momento íbamos también a vivirlo, porque la verdad era algo muy duro y dije no pues ¡hasta aquí fue la vuelta, mamá! Ya... abracé a mi hijo, le pedí perdón, le dije que me perdonara que había vivido... conmigo ese momento, entonces, entonces de... pase donde mi esposa y estaba postrada orando y me dijo ¡ore, ore mijo! En ese momento, llegó mi otro hijo el pequeñito y me dijo ¡¿papá vamos a morir?! Y le dije ¡no hijo, no vamos a morir! ¡tranquilo mijo no vamos a morir! Y dijo ¡ora... papá, ora! Ese momento salía la parte de atrás, alcé mis manos y... le grité a Dios ¡Espíritu Santo...! ¡tócame! En ese momento fui tocado por el Espíritu Santo... alcé mis manos y... comencé a hablar... palabras que nunca había hablado, y... fue algo tan impresionante que... hablando palabras que nunca he hablado*

Síntomas de
activación
arousal;
Trastornos
del sueño, ira,
pobre
concentración,
hipervigilancia
y
sobresalto.
(Pág. 1174)

de mi boca y reprendiendo las agua y reprendiendo demonios, reprendiendo cosas que... en ese momento fue secada el agua... y, salimos con mi familia y... salimos para allá... a buscar salida y nos encontramos con el Ejército y el Ejército nos llevó hasta el ITP (Instituto Tecnológico del Putumayo) A los cuatro días regresé a la casa de nuevo y eso porque... escapando de mi esposa, porque mi esposa no quería que yo viniera a la casa todavía, y ella y yo miramos y dijimos, ¡ahí no hay forma de hacer nada! Porque todo ese pedrerío y todo eso, y a la verdad doy gracias mucho a Dios, porque él nos guardó, nos protegió y... solamente Él...

Participante 3: *yo en ese momento me encontraba sentada dialogando, conversando con mi marido, que estaba por allá... en una finca, ocho días estaba trabajando, y se había ido por dos o tres semanas, se fue un domingo y llegó un viernes en la noche de la avalancha y le digo a la niña ¡ve... ve se fue por dos o tres semana y llegó! ¡se hizo corta las tres semanas! Y se fue el domingo y llegó el viernes y dijo ¡no yo no sé qué me pasó! A mí me cogió un afán un desespero una fatiga de venirme y era como que ¡me jalaban y me jalaban! Y me decía ¡váyase para Mocoa... váyase para Mocoa! Y yo me vine dijo ¡me aburrí! Entonces yo pues, estábamos conversando... y la niña mía se acostó en el suelo, en un... colchón, una colchoneta ahí... porque esa noche se fue acompañarme a mí, las hijas de él, fue acompañarme... y estábamos en la cama juntas y cuando ya llegó él, ella se tendió en el piso... y dijo ¡papi me va a dejar a la casa! ¡no hija quédese aquí, ya está tarde! Se acostó a dormir ahí, y nosotros seguimos conversando y viendo tele, cuando al ratico oímos una bulla y... abrí la puerta y le digo, ¡hola amor está lloviendo duro! Le dije yo, dijo ¡dirá! Si, ¿¡que será! Dijo, ya ha de pasar, cerré*

la puerta y nos sentamos... cuando al rato la gritaron de la gente, y ya... y... cuando abrí la puerta y ya la alarma de las motos que iban pitando y le dije a él... y se arrumó y dijo ¡hola huele a barro!, ¡espérenme! ¡no se vayan a mover de aquí! Yo voy a irme a dar cuenta como está la quebrada, cuando el vino y se asomó, cuando iba que gritaba de ahí pa' bajo, cuando iba que gritaba... por donde don Lucho ¡salgasen, saque la niña! Lo más pronto la saqué de pa fuera, que nos pasáramos al frente en una casa de dos pisos ¡saqué la niña me dijo! Y yo pues no le oía con la bulla del agua que bajaba y el alcanzó a llegar a la casa y se devolvió pa acá donde mis papás, cuando la venía pa acá, cuando ¡el bombacho del agua lo mandó pal' suelo! Lo arrastro, más abajo ¡se paró otra vez!, se paró ¡lo volvió y lo tiró! Y eso pues... le reventó la pierna y más atrás de él iba la nevera que daba vueltas que lo agarraba ahí, y él me dice que no sabe cómo Dios le dio ese valor que... como de impulsarse y pararse, como estaba entre dos piedras, se paró, y se tiró a la orilla y paso la nevera, ¡le dio vida!, se volvió a parar y siga corriendo ya pa' donde mí, ¡que nos salgamos! Se cambió y salió, le contó a mis papaces de lo que estaba pasando y sale... ¡me voy a dar cuenta de Yaneth y la niña! A ver si salieron de la casa... cuando él llegó, yo estaba bregando a salir con el agua aquí en la rodilla y la niña, y fue ¡y le echo mano a la niña mía! Y ¡me echo mano a mí! La niña ya está grande, también, y nos cogió de la mano a todos dos y el agua ya jalaba más duro, ya no nos llegaba aquí, si no que nos quería tumbar, y así haciéndonos caer... nos parábamos duro y salimos al otro lado y nos subimos a una casa de dos pisos, ahí nos estuvimos hasta las tres de la mañana, y ¡lllore..! y pídale a mi Dios, pues que mejor dicho, ahí es donde uno se acuerda de Dios, y pídale a Dios, sin saber de la vida de mis hijos, los otros hijos, mi familia, mi mamá, todos... unos habían estado subidos por ahí, otros acá arriba en esa terraza.. y mi hijo también

que disque llore porque estaba al lado de toda la familia, la familia, las tías, los abuelitos, pero no sabía de la vida mía, y que llore pensando que yo me había ahogado, yo también pensaba que mi hijo ya no existía, ¡sabía que los demás Vivían! Pero que mi hijo no... bueno y así, hasta que aclaró y una señora le dijo a mi marido ¡que es que le pasa a la señora! Y le dijo ella ¡está preocupada, no sabe la vida del hijo! Lo llama y no, y ¿jes que no tiene minutos!? No ¿tiene el número? Y ¡me dio el número! Y yo cogí y marqué y cuando pasaba a sistema... ¡yo más lloraba...! Pasaba a sistema yo dije ¡ya no hay más que hacer...! ¡mi hijo, mi hijo ya se me ahogó! Ajam... y ya cogí... cuando a lo último ¡entró la llamada! Y contesto y esa alegría de mi hijo, se escuchó la voz y yo sentí la de él, y ya empezaron los vecinos a prender ese celular los vecinos acá, y con esa terraza ya alumbrábamos la casa de dos pisos con los celulares... y nosotros con los celulares hacíamos así, alumbrando ya estábamos juntos, él y yo también, entonces a las 3 de la mañana paso él con mi yerno allá, se fue, a lo que ya mermó, pudimos sacarlo de esa casa, ya como dice el vecino acá, entró la Policía, entró el Ejército y ya nos ayudaron a salir y yo... pa' allá nos fuimos, eso fue ¡una cosa impresionante! ¡jamás no lo esperábamos!...

Participante 4: *yo? Yo primero estuve primero trabajando, yo tenía un fogoncito, una casetica y vendía picada... asadura, yo estaba ese día... yo sabía hacer dos, dos asaduras, y vine hacer una no más, el corazón me avisaba algo, como algo que no... presintiendo algo, y ese día yo dije... ese día estaba hasta brava con mi hermana y le rogaba que se quede, que no se vaya, y brava yo, porque no me acuerdo porque era, no sé qué, cansada y me ayudaban a picar, la asadura todo eso, me dejó alistando... y no quiso quedarse, y se fue, y yo le rogaba que se me*

quede, no sé qué... ¡no quiso, se fue! Estaba muy bien rebelde, y... bueno los que me sabían comprar, vinieron... aquí era una tienda bien surtida, el señor que todos los días compraba la picadita, dijo ¡uy no me guardó Doña Rosa! Y yo le dije no... prepararé poquito, porque va a llover ¡está oscuro! Ya Estaba empezando a llover poquito... y empezó a llover poquito, le dije ¡vea como está esas cordilleras! Si Dios lo permite, mañana preparo bastantico y ya le guardo... y el Señor llevaba siempre tres mil y una cerveza... que era la comida de él... entonces dijo ¡bueno doña Rosa! Y se fue, bueno y siguió lloviendo eran las nueve, a las diez, si fue que llovió duro, durísimo... eh el nietico mío, de una hija, de la que estaba ayer... él estaba acompañándome acá, en una de esas, otro amigo... ¡ah... ¡ él dijo mami, a mí me dice mamita, ¡mamita entrégueme esos cuarenta mil pesos que me tiene...! Me voy a comprar un parcito de zapatos, ¡tengo una invitación de quince años! Um... ¡usted...! le dije yo a que va a ir ahorita, ¡sí.. me invitaron! Enton... yo cogí... yo... voy a ver si me presta la moto, pero enton no estaba lloviendo duro duro no, estaba despacito, entonces dijo... dijo ve... el tío le prestó la moto, se fue... por allacito, de la carcel por ahí, se le pinchó la llanta, había votado los cuarenta mil pesos... se devolvió asustado mi nieto... enton.. ¡mami no sabe que me pasó! ¡Dios mío! Se me pinchó la llanta... dijo y... ¡yora y el que es bravo! Y dijo ¡voté los cuarenta mil pesos! ¡ay mijo no le conviene ir! Cuando no conviene le dije yo... es de no salir, más le conviene estar conmigo aquí... con sus dos viejitas, porque él quiere mucho a mi mamá y a mí. Dijo ¡¿cierto no?! Y empezó a llover duro duro duro, entonces el amigo de él, estaba con la novia, se subieron hacia las gradas... le digo pues, allá estese, yo me voy acostar, eran como las diez de la noche, y ¡Alejo..! ¡Alejito.! A lo que va a dormir... cierra las puertas, las asegura... ¡bueno mamita...! y ¡no me vaya a despertar! Le dije yo... yo que tengo el sueño

blandito, irme acostar y quedarme privada, yo no había sentido que mi hijo entró... y cuando si señor... eh... después vimos ¡santísima! Cuando... ¡Rosa...! ¡Rosa...! Grité... ese día mi hijo se quedó aquí...yo le levante su cama ahí, sus cobijitas... todavía, le traje todo bueno, para acomodarle todo ahí, hasta la locita buena le traje ¡ag... yo al fin me voy a venirme a acostar aquí con mi hijo! Y el que es igual que yo... cualquier cosita se despierta... nada... cuando don Fernando, otra vez me tiró... que sería como la puerta, cuando ¡pum...! Ahí mi desperté... y dijo ¡Rosa...! ¡se está entrando el agua Rosa!, entonces yo salgo como buena pues... enseñada a salir con... yo siempre duermo alado con las botas, costumbres de mi papa que decía que, las botas no hay que alejarlas, una vela, una mechera, la linterna, yo me puse las botas y primer pantaloncito, las botas, me puse la capa y salgo como buena persona, pues a... a quesque abrir una chamba, ¡jam! ¡Señor Divino...! Yo cojo esa pala y ¡Señor Jesucristo...! ¡ayúdanos...! ¡este es el final...! Entonces... y. El nieto mio ¡pum, pum! Esa puerta de allá a que sienta mi hijo...y ¡no sentir, entonces ahí se despertó... cuando mi hijo se fue a ver primero a ver si nos podía por fuera, y ya no mijo, se fue al puente de acá, ya nada... entonces, ahí fue que dijo mi hijo, dice el que me vio como trastornada, ¡suba, suba mamita! ¡si es de morir, morimos juntos con mi mama! Pero yo no me acuerdo de eso... y nos subimos allá arriba, ¡no allá si mejor dicho! Se llevaba postads, se caían los cables, echaba candelazos, eso si miraba azulito pa´arriba, ahí fue lo bueno que nosotros dijimos ¡esto es lo último y este es el final! Todos pedíamos a Dios, bueno nosotros si somos acostumbrados a... que mi papá me enseñó que pa acostarnos, pa levantarnos, pa salir de la casa... encomendarnos a Dios, que nos bendiga, y así mi yerno, como es creyente el salió del lado de allá y... ponía las mano y oraba, y la niña de él, eso era como que Dios estaba con ella, y hablaba y lloraba y decía no

se angustien, no pase nada a tu familia, a tus hermanitos, porque ¡usted nos necesita Diosito! Nosotros somos niños inocentes... ¡qué lindo que oraba esa niña!, cosa que los que estaban arriba se quedaban aterrados con esa niña... y artísima gente, y eso era suba gente y suba gente... y suba gente pa arriba, una enfermera había contado 180 personas, ¡no pues... con el peso! Cuando yo me hice arribe, miré un carrito que venía a mil, venía viva la gente, como siete personas, parecía que eran celulares, parecía mecheras aclarando y las luces del carrito así no más venían, pero venía a mil, cuando llegó a esa pared y ¡pum...! Y nosotros a lo que venía cerquita cerramos los ojos... y nos cogimos todos a ver a ver si donde caíamos, que caigamos juntos.. pensábamos todos morir, nosotros pensábamos ya... todos se quedaron calladita la gente, al principio decía la gente ¡Doña Rosita...! ¡¿qué vamos a hacer?! ¡Señor le decía calla...! ¡piensen, miren! ¡Dios está aquí con nosotros! ¡Él está con nosotros! ¡Él Señor está con nosotros aquí...! ¡cierren sus ojos y miren que Él está con nosotros, nada nos va a pasar! Y... yo no sé qué tanto me dio la garganta para cantarle al Señor, yo salía de acá y le cantaba, salía de acá y la gente que miraba, le cantaba, salía la gente que estaba allí amontonada y le cantaba, estaban ahí y yo le cantaba al Señor, ¡que no me dolió ni la garganta! Yo no sé cómo me salió tanta voz para cantarle al Señor, ¡no... Padre Bendito...! pues si ya ya fue pasando pasando un poquito, como acá sería, yo la hora no me acuerdo se me hizo una noche... sin mejor dicho.

Participante 5: *a la una como que me llegó un sobrinito que los quiero como hijos, que son hijos de mi hermana... ese muchacho vivía en José homero y había sentido el estruendo, y ella... y se había venido ese muchacho y tirarse de arriba y lo había venido a dejar acá, como*

es buen nadador y ya ya, pero llegó acá, de eso allá, mijo mi... mi sobrina y mi yerno... y el cuñado de mi yerna empezaron a sacar heridos, heridos, heridos y mi hija tiraba sabanas, cobijas, para que les envuelvan los que estaban quebraditas las... “la señora que iba con la piernita bailando” que le envuelvan así porque... ella decía ¡que mejor la dejen morirse...! iba la piernita colgada así esto, entonces mi hija zumbó una sábana y la envolvieron y la echaron al hombro y la echaron cargadita y mi hijo otro y otro. A los muertos si los iban dejando amontonaditos ahí donde Don... en esa casa azul, como amontonar leña, los iban amontonando.... Si, nosotros mirando y a los que estaban heridos, los iban sacando, esa noche... esa madrugada fue muy trágica... a las seis de la mañana... y pida a Dios que se aclarara y cuando a las... iban a ser las seis, cuando de arriba gritaban que... ¡otra avalancha...! ¡otra avalancha...! entonces mi hijo vino y se la cargó a mi mamá a la espalda... con esta chalinita se la cargó... y yo no sé... como se será que nos sacó, porque yo me acuerdo que me cogí de acá, que, si no salíamos, no se robaban nada, y habían sido ladrones... habían sido ladrones, eso... todo lo que quedó... ¡virgen santísima! Nosotros ver todo eso en sangre fría... en sangre fría estar mirando eso ¡Padre Santo!

Eso si fue todo... nosotros miramos, esto cuando, este... esa camioneta rompió ahí nos maquío a toda la gente que estábamos así (representación) así nos hizo, ahí quedamos tontos, tontos, tontos... como borrachos quedamos, ¡no sé! Como inconscientes... quedamos así...

Participante 6: *jejeje... lo mismo que él dice... nos fuimos, nos subimos a la casa de la hija de la señora y yo no me acordé de él (participante 1) una señora me decía, ahora me decía, usted*

él... que... ¡No... yo no me acordé de él...! yo... pues... no sabía nada, que si él iba a tras o si yo no le di la mano, ni nada, y también pues eso pasaba por ahí, hartas cosas, barro.. y... en fin, también orando, rezando.

Participante 7: *la verdad es que yo no estaba en el momento... sufrieron las consecuencias eran las hijas... ellas me llamaron como a las 05:00 am y... me dijeron ¡Papá se bajó la avalancha en San Miguel! Yo en ese momento estaba en el San miguel de la frontera, ganando el salario, porque aquí en Mocoa es duro el salario... uno acá tiene que buscarse el salario... y yo pensé que en el Rio se había subido al pueblo, como ese es alto y digo ¡no puede ser...! Ese pueblo es alto... ¡no...! En el barrio San miguel de Mocoa, ¡ay virgen santísima! Ahora mis muchachos no se sabe nada, no timbra ni un celular de ellos... y claro ya de márcalo, marque al uno marqué al otro y nada. De pronto me conteste una sobrina que vive abajo en la esmeralda y me dijo ¡tío, de ellas no se sabe nada! Están envolatadas, están perdidas..., a esas horas decirle al patrón que me de plata, alguna cosa que me haiga ganado y pegue pa acá. Y eso ni carro había por ahí, no había transporte, los poquitos que había eso venia tuyo la gente, igual nos tocó pagar entre 10 un carro hasta Puerto Caicedo y de ahí cogí yo el transporte hasta Villagarzón y de Villagarzón poco a poco llegamos aquí como a las 6 de la tarde, cuando ya llegamos aquí, ya nos comunicamos con la sobrina y ya me dijeron ¡no ya aparecieron! Estaban arriba.... Fuimos a ver, estaban por el ITP, allá estaban, y acá ni modo de entrar, entonces nos daba miedo, eso estaba... hasta aquí yo vine y eso estaba selladita de la calle de pura piedra, de puro barro, esos huecos feísimos, uno se tropieza con una piedra de esas y se quiebra las canillas, tremenda la gente... que les tocó salirse cargando la gente...*

eso había barro hasta más de media bota, yo entré aquí a los tres días, aca donde estaba la casa de ella, y ellas se habían subido encima... habían arrancado una hoja del techo del del cumbado, y se habían subido ellas y las niñas encima del techo, y ahí habían aguantado todo el chirrionaso como dice el dicho ¡lo que Dios quiera! Que eso tronaba... apenas ¡gritaba la gente!, se iban casas enteras al frente de donde nosotros vivíamos, no me acuerdo el apellido, pero... la señora se llama doña.... Graciela, a ella se le fue toda la familia entera, ¡que íbamos hacer papá! No podíamos hacer nada porque... si nosotros estábamos traumatados del susto allá arriba quieticos, apenas gritaba auxilio y ¡brum...! No más hacían las casas.

Análisis de resultados: Como es bien sabido entender, los participantes que expusieron sus relatos en la anterior pregunta, dejan claro que en primer lugar, la gran mayoría se expuso a la muerte, pues si bien es cierto, son habitantes de una localidad en la que fue la primera zona en ser abordada por el desastre natural; así mismo, uno de los participantes de la investigación quien no estuvo presente durante el desarrollo del evento, pudo escuchar en primera instancia la forma en que se desarrolló la escena gracias a los relatos expuestos por sus hijas, por tal motivo, esto incurre en el síntoma del criterio A del trastorno por estrés postraumático, dado que hace referencia a los conocimientos sobre lo ocurrido dados a conocer por parte un familiar; mientras tanto, los demás refieren que tuvieron una experiencia directa con el suceso traumático y así mismo presenciaron directamente este evento estresor.

<p>¿Cuánto tiempo cree que duro este desbordamiento?</p>	<p>Participante 7: <i>ellos dicen que por ahí tipo las dos o tres de la mañana, comenzó a bajar.</i></p> <p><i>A esa hora comenzó ya a bajar es un poquito, porque ellas, las muchachas conversan que ellas pensaban que estaban ellas y los muchachos, cuando se dieron cuenta que fue pasando la cuestión, habían habido 18 personas más favoreciéndose en la casita... entonces, ya habían</i></p>
--	--

varones ahí, con una linternita habían prestado, habían subido un poquito por ahí pa arriba, unos palos que habían por ahí, oiga... cuando le habían sacado el pie... un pie ahí, que estaba enredadísimo el cabello de una señora, pero ¡bien enredado en los palos! Que les tocó cortar el cabello y sacarla, ¡oiga y no se ahoga la señora! Había sido una enfermera del hospital y la habían sacado allá a la casa, le habían lavado la carita con agua de la pila, pues no... y un tanquesito alto no había llegado el agua, le habían lavado, le habían vestido, desnudita... había estado, ¡oiga y dentro del agua la cabeza y no ahogarse en el barrial! ¡cuando no es pa suceder las cosas, vea...!

Participante 5: *desde la una comenzaron a sacar heridos, porque mijo, por aquí el barro y el sobrino, por aquí barro lo que sacaban... pero tenían barro hasta en los ojos sacando heridos, yo no sé cómo era que sacaban.*

Participante 4: *a las dos de la mañana comenzó a mermar, que mi hijo y mi yerno, estaban en la terraza y dijeron que eso comenzó a mermar, fueron a sacarnos a nosotros de allá.*

Participante 8: *como tres horas*

Análisis de resultados: Los participantes tienen claro lo que sucedió aquel día, además de tener presente la hora en que se efectuó el evento, no deja por fuera el hecho, que todos y cada uno de ellos, tienen presente las escenas traumáticas que tuvieron que experimentar, una vez el desbordamiento mermó, por este motivo es relevante seguir ahondando en las escenas que aún tienen presentes el día de hoy.

¿Utilizó su celular para comunicarse con sus familiares en señal de despedida?

Participante 8: *Si claro. en parte de yo... no estuve, estuve en la tarde, en la casa de la hermana de la cuñada... era para irnos para Bogotá a traer mercancía, como no alcanzamos... llegamos hasta Neiva, en Neiva con la hija que mandó a decir que allá, llamó por celular, ¡mamá...! Ya ella contestó que pasó ¡en la casa están entrando los ladrones...! y entonces que pasaba, dije no... tranquila hija no se asuste, a ella no le pasa nada, allá está el tío y la tía, guardados, esté callada, entonces ella se quedó callada y le colgó. Estaban para acá ya, 11:30 de la noche, y le dijo la mamá que coja un palo que le cueste, que la avalancha está encima y ahí si se puso a llorar, la hija y la hija, y ella llame a la cuñada, que estaba en la casa, que allá no pasaba nada, una oración. Habían pasado carros, motos, y ella viendo la casa, pasaba para abajo, y yo le decía ¡que se quedé ahí con los hijos, no les ha de pasar nada! Me oyó ella, que allá no pasó nada tampoco, que salió con los hijos, ahí pasó y amaneció. Como a las 3 de la mañana, ya dijo que bajaba, entonces ella ya salía, por allá tras del hospital, a las 6 de la mañana, las llamé y estaban en los sauces, igual pasó y ya llegamos como a las nueve de la mañana al hospital, a las 9 y 30 de la mañana, le dije que vaya con los hijos y le dije voy a tomar un tinto, y ella no vamos pa la casa, ¡yo pa allá no voy! Me voy a tomar un tinto en la caseta, llegué ahí... y yo era pa coger pa acá a ver como estaba... llegué a la casa, y estaba agua con arena no más, piedras, y no le pasó nada a la casa, todo bien, yo llegué entré y saqué todo ese barro, y saqué todo esto, estaba toda una palizada, una señora... gorda acuerpada miré, no tenía ropa, estaba ablandado por ahí, como si le hubiesen dado un machetazo en la vagina, y yo si me dio pesar y estaba pesado ese barro y a la joven la cogieron, la cargaron y me dio ganas de llorar, yo dije ¡¿así será?! Entonces yo me fui pa la casa, y eso.*

Participante 3: *Si claro.*

Análisis de resultados: En este caso, aunque el participante estuvo lejos de experimentar la muerte directa, si pudo detectar las consecuencias que dejó tan lamentable hecho, visto que, la observación e identificación de los heridos que se encontraban en el medio, dio partida para que su salud mental se viera afectada por el tipo de imágenes que observó el día de la tragedia, por ende, esto da cumplimiento al criterio A del Trastorno por Estrés Postraumático.

<p>Impacto Emocional</p> <p>(Belén I. y Paz E. (2012) insinúa que: “Hay circunstancia s (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto</p>	<p>¿En qué momento consideran que se encontraban al borde la muerte?</p>	<p>Participante 8: <i>yo dije la tragedia le pasa uno tal vez por maldoso, no entiende, no obedece y por eso pasa.</i></p> <p>Participante 1: <i>cuando ya pasó... cuando empezó? Porque cuando ya pasaba pues, nosotros ahí, nos bajamos la casita y le digo a ella, abrí la nevera, pues... ahí hay pal desayunito, carnita, le digo a mi mujer haga pa todos cinco que estamos aquí y... tranquila ya pasó... ¡porque eso pasa solo una vez! No cada ocho ni todos los días, le digo pues, y ella, cuando en eso, subían unos de allá pa acá y dicen ¡LA AVALANCHA...! Y ella comienza a llorar, la nieta, y la suegra de la nieta... y no nos hacen salir, por aquí me sacaron colgada, me sacaba la policía, los de la cruz roja, colgado me mandaba por una piedra pa dentro, y me decían ¡aquí es otra! Y volvían y me sacaban, acá es otra, cosa que esa vez si le digo ¡u...! Y fuimos a amanecer una noche por allá al cabildo y esa noche pues como yo soy ciego, me levantaba a querer mirar, por encima de esas colchonetas... todo ese poco de gente y la gente decía... vámonos a nuestro rancho, que no nos pasaba nada, y nos venimos y no nos dejaban pasar de ahí, y después le digo a ella, vámonos por allá y nos fuimos por Miraflores y bajamos por ahí,</i></p>
---	--	---

emocional y
(...) la
ausencia de
un apoyo
social (...)
está
relacionado
directamente
con el TEPT.”
(Pág. 17)

y entramos al rancho y de ahí no salimos más, ahí estamos.. y confiando en Dios, ahí hemos de seguir viviendo hasta que nos digan ¡vayansen! Pero que nos den un racho, porque si no a donde nos vamos.

Participante 3: *en el mío... no pues yo ya ver que aclaro y estábamos con vida pues, lo que hicimos fue darle gracias a Dios, yo no lo podía creer, que estábamos vivos, no creía eso, yo decía, pero ¿cómo? Y ya después ahí... y estábamos en el albergue, cuando a los cuatro días yo salí pa acá y cuando salimos por acá con mi esposo y las niñas., nosotros aterrados de ver todo eso, lo que hubiera quedado, no lo podíamos creer que nosotros estábamos viviendo... yo lloraba, lloraba de la alegría, no sabía... me daba tan duro y ver nuestro barrio así, no lo creía.*

Análisis de resultados: En primer lugar, los participantes dejan como manifiesto que el hecho de sobrevivir a un evento como estos, se vuelve algo increíble y que se encuentra fuera de las explicaciones lógicas, así mismo, el trauma aumenta a medida que los participantes salen de los lugares de auxilio para observar las consecuencias que dejó la avalancha, por tal motivo, se produce una imagen desagradable en los mismos, al ver el estado en el que quedó no sólo sus hogares sino también el barrio que habitaban.

¿Algunos de sus
familiares, amigos o
conocidos perecieron
en la tragedia?

Participante 3: *de mi parte no, a pesar de que es grande, gracias a Dios no pasó nada.*

Participante 7: *a mi si, se nos ahogó, pero no el directo directo propio familiar, ella es una ahijada, es la ahijada de un compadre, ella es... ¿cómo se dice? ¡una ahijada de de... bautismos! Arrendaba aquí arriba y se fue ella, el marido y la niña... eso los encontró... no*

los encontraban por ninguna parte, pero en ultimas los encontraron en una fosa que habían abierto grande abajo... ya.. buscándolos allá, después de eso como ya no dieron mas permiso para que busquen, porque no lo encontraban por ninguna parte, entonces el compadre hizo que le colaboraran abriendo esa fosa que tienen que estar ahí lo encontraron... ¡ya descomponiéndose!

Análisis de resultados: De acuerdo con esto, los participantes no refieren la perdida de algún ser querido que haya sido de gran significado para ellos, gracias a esto, se puede aludir que, en el caso de haber sucedido lo contrario esto si hubiese influenciado en el desarrollo de dicha enfermedad mental.

¿Cómo fue el proceso para la reclamación del cuerpo de sus seres queridos?	Participante 7: <i>eh... no... el si le entregaron el cuerpo, el ya reconoció el cuerpo, era de Villagarzón (Putumayo)</i>
--	---

Análisis de resultados: Con respecto a la pregunta, la información arrojada por el participante deja como sustento que no hubo ningún impedimento por parte de los órganos de control para hacer entrega de los cuerpos identificados en la avalancha.

¿Brindaron ayuda humanitaria a otras personas que estaban más vulneradas que ustedes?	Participante 1,2,3,4,5,6,7 y 8: <i>No.</i>
---	---

Análisis de resultados: Con respecto a esto, los participantes negaron la oportunidad de brindar ayuda a personas que se encontraban más vulnerados que ellos, dado que, según la experimentación de este evento hostil, refleja la manifestación de respuestas ligadas al instinto de supervivencia por sobrevivir individualmente.

<p>Percepción emocional. ¿Creen que hubo equidad en el momento en que se entregaban las ayudas humanitarias? ¿por qué?</p> <p>(Ekman (2003) Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al recalcar que: el carácter fundamental consiste en la percepción de</p>	<p>Participante 8: <i>eso después la ayuda fueron entregar remesa, si nos dieron remesas, si hubieron ayudas.</i></p> <p>Participante 7: <i>algunas personas conocieron, porque... yo, yo he vivido desde que se fundó este barrio y yo viví allá abajo arrendando una casita y... la verdad es que... como soy desplazado, siempre no he tenido mi vivienda, pero de todas maneras por aquí yo arrendaba por aquí, todo el tiempo he arrendado allá abajo, porque no me alcanzaba para comprarme un verraco solar, pero yo desde ese tiempo, casi todo el tiempo he vivido en este barrio, y ¡a mi como arrendatario, para que voy a mentir! ¡me dieron solamente la ayuda de los tres meses, que decían! Si la han de ver conocido... de ahí pa acá, dijeron que las ayudas eran para los propietarios... solamente, yo como no soy propietario de nada, no hubo tal.</i></p> <p>Entrevistador: ¿pero si les entregaron?</p> <p><i>si claro eso si entregaron.</i></p>
--	--

los estados
emocionales
que, (...)
manifiestan
los cuerpos de
maneras
diferentes por
medio de
indicadores
musculares
específicos y
distintos para
cada tipo de
emoción
básica (...) .”
(Pág. 74)

Participante 1,2,3,4,5,6,7 y 8: *si claro eso si entregaron.*

Participante 1: *si claro si nos dieron pa que vamos a mentir, acá venían... allá a nuestra casa llego el Ejército, la Policía, entraban agüita, de todo nos trajeron, rogando que nos salgamos, pero nosotros no quisimos salir, que no porque hasta que no tenga donde vivir, yo a donde iba a rodar, soy ciego... uno andar ciego, sin saber a donde, a mi no me han dado arrendo ni he recibido arrendo, porque no me gusta ser torcido... como les dije, en la Alcaldía les dije, yo no soy torcido... el rancho es propio, ella no me puede arrendar, ni yo arrendarle a ella, por recibir arrendo le digo, pues ahí estamos hasta que... nos den a donde irnos y listo, no es problema jejejeje... ahí están haciendo unas casas el gobierno para darles, pero pa que sirve casita, si nos dieron, ahora si ya no nos dan ayuda de nada.*

Participante 2: *están haciendo casas.*

Análisis de resultados: Como afirman los participantes, la entrega de las ayudas humanitarias se realizó de forma equitativa de forma que todos los habitantes del barrio San Miguel pudiesen tener los insumos necesarios para sostenerse durante un tiempo prolongado en el cual el Gobierno Nacional se dedicaba a implementar estrategias políticas, económicas y sociales que pudiese aminorar las necesidades de las personas afectadas por el evento adverso.

Han tenido algún
sueño angustioso en
el que revivan la
tragedia.

Participante 7: claro...! Uno como no se va a acordar, uno se acuerda a cada rato.

Participante 1: los recuerdos, si es que no tenemos luz, jajajajaja

hace 58 años de lo que pasó la otra avalancha... yo tenía doce años en ese tiempo, la primera avalancha que pasó duro por acá...

Participante 2: los amigos... cuantos amigos he tenido aquí.

Participante 3: muchos que se fueron... también se fueron los que viven porque ya se desintegró el barrio, si se acabó. a pesar de que se va a cumplir un año, todavía lo tenemos ahí.

Todos los días lo recuerdo, en veces... mi marido se va a trabajar y yo sola ahí en la casa, y me siento por ahí, me pongo a pensar, los que gritaban, los que lloraban... a cada rato, es duro siempre, nosotros salimos de eso y mi marido solo enfermo y solo enfermo y la policía sáquelo en ambulancia para para... el hospital, y la niña también mala, estuvimos como 7 meses en el José homero, y ya entre mas días, mas enfermo, y se escapaba del trabajo, y nos salimos del barrio, vivimos siete meses y nos salimos... por acá nos dieron una posada cuidando una casita. Es como dice el vecino, cuando llueve de noche, uno no sabe ni que hacer "yo me voy alistando de una para ver donde coger". Y mi marido me dice ¡estese tranquila, que nada va a pasar! Pero a mi me da mucho miedo.

Participante 1,2,3,4,5,6,7 y 8: Si

Participante 1: *yo si le decía a ella (Participante 4) una avalancha, pero ya tiempo... hace como cuatro años que había... una revelación y le decía ellos, y es una avalancha que va a bajar con candela... barro y candela le decía, pero no se sabe cuando yo decía.*

De pronto por lo que cuando llueve duro, parece que va a llover piedra...

Participante 7: *allá en la Y, después de que pasó el susto yo me había dormido, estaba como trasnochado, cuando de pronto oí decir, ¡muchachos la avalancha de nuevo! Y yo me paro y me tiro por la ventana, claro esas cunetas por ahí estaban llenas ya, ¡juepucha! Le digo a la señora mia, peguemos para el ITP, pero a la carrera... y vámonos toditos, cogí esa colchoneta y corra, si me alcanza, me alcanza y corra... por ahí pa bajo y nos metimos a esa loma y ahí habían un poco.*

Participante 8: *si llueve duro... yo como soy el vigilante de acá, y anoche... cuando se pone nublado la tarde, ya me pongo las pilas a ver qué pasa... me pongo a ponerles cuidado a los otros, y ya yo pongo cuidado a la quebrada y me siento allá, llueve como llueve... me pongo las señas, que tanto va a alzar y si ya no alza, no los despierto, porque si uno los despierta antes de tiempo... la gente se pone a gritar... se les enloquece la cabeza, porque hasta ahorita están superando eso, como yo no he visto eso, si tengo pensamiento para calmarlos a ellos, le*

digo ¡estecen tranquilos, que yo estoy toda la noche! Yo toda la noche estoy pasando, viendo que no hayan ladrones a robarse los techos, las puertas, la ventanas, yo estoy viendo pa acá, la gente poco a poco fue a dentrando, y les decía ¡entren tranquilamente, ahí hay un poco de casas abandonadas ahí se pueden estar! Y así fue acá, la gente fue dejando el miedo, ahora estoy más tranquilo porque ya hay viviendas y puedo salir a trabajar todos los días, sino esto era noche y día, noche y día.

Participante 1: *pues no... si piensa que, pues más de que uno es ciego, pues... uno cree que lo que está lloviendo es piedras otra vez, ella sabe... ¡se ponía a llorar! Ahora ya no, yo le digo ¡fresca...!, lo que Dios quiera, el que es de morirse en cualquier lado se ha de morir... sabe sobrellevar la idea al tiempo, pero yo no creo... eso de todos los días no hay, eso es de vez en cuando, eso no es así seguido.*

Análisis de resultados: Como se refleja en este apartado, los participantes aún presentan sueños y recuerdos angustiosos que se suscitan en la mente de las personas de forma involuntaria, dando cumplimiento a los dos primeros síntomas del criterio B, que hablan sobre estos síntomas en personas que han experimentado de forma directa un evento traumático. De igual manera, se presenta el cuarto síntoma que habla sobre el malestar psicológico intenso que se desarrolla una vez han asociado los estímulos del día de la tragedia con los estímulos que se hayan en el medio, ya sea por la lluvia, el olor del barro y la euforia de las personas que reaccionan de forma impulsiva ante la presencia de estos. Por último, las reacciones fisiológicas que emergen en la población afectada tiene que ver con nerviosismo, ansiedad y desespero, teniendo en cuenta que, esto ha generado un gran deterioro en las labores ocupaciones de los Participantes, pues no entienden la razón por la cual se presentan esta clase de síntomas.

¿Han tomado la
decisión de irse del
municipio?

Participante 8: *uno aquí pa irse ya es muy duro, uno aquí tiene ya su casa hecha.*

Participante 4: *a mi si ya ratos me dan ganas de irme.... No no sé qué hacer, digo yo... si yo no tengo donde llegar, pues uno ya... aclimatado en este clima, uno va a otra parte o se vuelve donde uno ha sido... por lo menos yo soy de Nariño, uno llega allá, ya no es la gente como antes, pues ahora son personas que son ya son con miedo... no sabe ni quien es quien, ni saludan, porque ni lo conocen y uno dice ¿quiénes serán?, y uno aquí, uno ya se siente como, como todo en familia, porque en este barrio éramos todos como en familia, no teníamos problemas con los vecinos.*

Participante 1: *aquí haiga plata o no haiga plata, el que tiene le fía al otro, el otro al otro y por ahí vamos, luchando para el sancocho, y donde uno no conoce, no le fían ni cien pesos... vaya y consiga los cien pesos y viene a comprar.*

Análisis de resultados: Aunque la decisión de marcharse del municipio está lejos de ser una realidad para ellos, por el hecho de no tener ningún otro lugar del cual apoyarse, los participantes si han afirmado que intentan no recordar lo que experimentaron ese día, entre tanto, esto ha sido insuperable para ellos, impedir mentalmente que los recuerdos sobresalgan, provocando un fuerte malestar psicológico en ellos. En ese mismo sentido, actividades que antes realizaban constantemente en el municipio como salidas a los ríos, piscinas o lagos, ha dejado de ser una actividad recreativa para ellos, al relacionar la presencia del agua con la de la del desastre natural.

<p>Hace cuánto tiempo no frecuentan las actividades que hacían en el río (nadar, cocinar, caminar, etc.)</p>	<p>Participante 4: <i>yo cuando me hablan de agua... me da miedo, a veces dicen mi familia, ¡vamos para el río!, a yo no me da alegría... pa no más de bañarme, aquí no más hay agüita... y ellos me llevan, pero no me meto, me baño aquí y me voy bañada, y si tengo mucho calor, me meto acá, pero no allá, ni siquiera...</i></p> <p><i>ahorita la situación está grave y hay que tener pal pasaje para ir al río... comprarse cualquier cosa y hacer allá y no alcanza.</i></p>
--	---

Análisis de resultados: De igual manera, el Participante alude que no tiene deseos o interés por frecuentar actividades de la forma en que lo hacía antes, puesto que, el agua no es un buen estímulo para ello a causa de haber presenciado cantidades enormes de agua que rodeaban el sitio donde se encontraba tratando de salvaguardar su vida y la del resto de personas que estaban con ellas.

<p>¿Existe un suceso de la avalancha que haya marcado su vida, pero que no lo recuerde muy bien?</p>	<p>Participante 1,2,3,4,5,6,7 y 8:<i>No.</i></p>
--	---

Análisis de resultados: Con base en este ítem, los Participante niegan el hecho de que un suceso haya marcado sus vidas o que no lo recuerden, por ende, esto está sujeto a revisión, teniendo en cuenta que las anteriores respuestas dejan como sustento una contrariedad en lo que afirman, ya que, los eventos traumáticos que interiorizaron en sus mentes ocasiona que pierdan interés o participación en actividades representativas y que se desarrolle un estado emociona negativo.

Se siente culpable por la muerte de sus seres queridos y la pérdida de bienes materiales. *Participante 7: ya nos toca ver... porque si ya mi Dios mandó a hacer eso, ya que vamos a hacer...*

Análisis de resultados: No se resalta culpabilidad en los Participantes por la muerte de sus seres queridos o la pérdida de sus bienes materiales, porque, lo acusan como una designación divina que pretende dejar una enseñanza de vida.

¿Cuál de las siguientes emociones negativas siente de forma persistente: miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza? ¿Por qué? *Participante 2: no... nada.*

Análisis de resultados: Los Participante niegan rotundamente respuestas emocionales como las que se anuncian en el ítem.

¿Hay algún cambio personal en su forma de ser y de vivir a raíz de la tragedia? **Participante 2:** *yo sí como antes éramos más unidos... ya, por ejemplo, en este barrio vivía la mayoría toda mi familia, mi mamá, mi hijo, mi hermano, todos unidos, y ahora quedamos todos regados, desubicados, el uno por un lado, el otro por el otro... otros se fueron, ya no es lo mismo.*

Participante 1: *lo regalado fue treinta y tres millones de dólares... que regalaron los árabes y las empresas de por allá, esa plata como que se fue..*

Análisis de resultados: La exposición al evento traumático ha afectado los lazos afectivos e interpersonales con sus seres queridos, pues si bien es cierto, gran parte de los habitantes convivían con sus familiares dentro de la misma zona, pese a ello, se reubicaron en diferentes secciones del municipio con el ánimo de volver a comenzar sus vidas, salvo que, la comunicación y el acercamiento entre ellos no se promulga de la manera en que se ejercía antes. De igual manera, los Participantes han referido en anteriores preguntas que en ciertos momentos demuestran un comportamiento irritable, seguido a esto, se mantienen hipervigilantes una vez se percatan de la presencia de lluvias, así mismo, manifiestan una total alteración del sueño que ha sido complicado de manejar, pues el barrio en el que se encuentran continua como zona de riesgo y ante ello, no ha habido las soluciones pertinentes por parte del órgano municipal.

¿Presencia en usted o en algunos de sus familiares algún comportamiento irritable sin ningún

Participante 6: *no no para nada.*

tipo de
provocación??

Análisis de resultados: Los participantes niegan el hecho que sus familiares presenten comportamientos irritables.

<p>¿Los problemas personales que produjo la avalancha, lo resuelven con licor, calmantes, terapia psicológica o algún otro método?</p>	<p><i>Participante 1: pues a la hora de la verdad, nada si no sobrellevar la vida, cuando hay se come y cuando no toca aguantar porque, por lo menos póngase a ver, yo ciego, no puedo trabajar, vivimos los dos, como les parece eso a usted, si enveses los que trabajan viven sin plata, será tanto que a veces me llegan a pedir plata prestada a yo, como les digo ¡no les da vergüenza! Pedirle prestado a un pobre ciego, llegan los sobrinos que, a pedirme plata prestada, présteme veinte mil pesos, ¡no les da vergüenza! ¡jóvenes y disque vienen a pedir plata!</i></p>
--	---

Análisis de resultados: Aunque la pregunta es clara, los Participantes no dieron respuesta a esto, contando sólo con la participación de una persona que dio sustento de las estrategias que utiliza para aplicar ante alguna circunstancia personal, tomándose como un idea adaptativa y conformista al asunto.

¿Se despierta
contantemente en la
noche? ¿Qué hace en
ese tipo de
situaciones?

Participante 2: *que esté lloviendo sí. Cuando está lloviendo si me da miedo, yo me despierto y... por ejemplo está lloviendo y yo no me acuesto, porque estoy desesperada pensando que algo va a pasar... y él me dice... ¡estese tranquila... que nada pasa! Mi Dios nos dejó aquí y nos dio otra oportunidad, debe ser por algo ¡tranquila...! ¡no va a pasar nada! Y si estoy acostada y empieza a llover... ¡yo me voto de esa cama y yo empiezo a colocar jean, botas, me pongo lo que sea y estoy listica... y mi esposo me dice ¡usted que está haciendo...! y yo le digo ¡vé... si yo me pongo pilas! De pronto otra avalancha y me dice acuéstese de pronto otra avalancha, hay veces que el se duerme y ni cuenta se da que está lloviendo, solamente cuando me levante o le digo ¡levántese...! ¡está lloviendo! Cuando ya me mira toda lista, ahora he dejado de alistar, porque antes alistaba ropa mía, de él... pa' salir... jajajaja , ahora si ya la desempaqué ¡me alisto yo no más.! Jajajaja si usted no quiere salir... usted vera... ¡yo si me voy! Entonces él de verme así... el se levante, se pone la pantaloneta y se alista, prende la moto y me dice ¡vamos a la quebrada y se da cuenta! Y me dice ¡mire la quebrada está normal!*

Análisis de resultados: Esta respuesta deja como connotación que presenta el tercer y sexto síntoma del criterio E, dejando claro que tienen una medida preventiva contra un segundo desastre natural que tienen amenazado todo el municipio de Mocoa, por ende, es normal dentro de ellos prepararse con objetos de supervivencia ante cualquier imprevisto. En ese mismo sentido, se mantienen hipervigilantes de día y noche, pues se ha notado intranquilidad en la población a causa de los sucesos que tuvieron que experimentar aquella noche.

¿Tienen algún problema para concentrarse en sus actividades diarias? *Participante 1,2,3,4,5,6,7 y 8: No.*

Análisis de resultados: Los participantes niegan poseer problemas para concentrarse en sus actividades.

Cruce de Categorías.

Participante 1			
Categorías	Categorías		
	Trastorno por Estrés Postraumático	Impacto Emocional.	Percepción Emocional.
<p>Trastorno por Estrés Postraumático</p> <p>(Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) citando a APA (2013), refieren que: El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento.</p>	<p>Según el DSM V se presenta la sintomatología debido a que cumple con el criterio A, B, C Y D del Trastorno por Estrés Postraumático, en ese mismo sentido la aparición de estos síntomas suscitó tiempo después de haber experimentado el suceso traumático y que esto siga durando hasta el día de hoy. Connotando lo adscrito, dicho trastorno se especifica como crónico dado que, lo síntomas del Participante ha durando mas de tres meses, como refiere, se ha cumplido el año y los síntomas aun siguen persistiendo e irrumpiendo su salud mental.</p>	<p>El desarrollado de esta enfermedad mental se encuentra relacionado con el evento hostil que tuvo que afrontar directamente, mientras trataba de salvaguardar su vida. Sin embargo, los resultados que dejó el evento generó un alto impacto en el participante, incurriendo en que tomara cierto tiempo para poder adaptarse a los nuevos cambios que vendrían en su vida, y más si esto tiene que ver con la perdida de los bienes materiales que según manifiesta <i>“todo lo que trabaje era para mi casa”</i> produce sentimientos de desesperanza, tristeza y desolación.</p>	<p>El trastorno por estrés postraumático ha hecho que el Participante 1, no pueda identificar sus emociones ni la manera en que pueda controlarlas. Una vez que los síntomas vienen a causa de un factor externo como la lluvia, el olor del barro u otro estímulo, atenta contra la tranquilidad del Participante. La patología ha ocasionado que, su forma de percibir la vida se vea distorsionada, haciendo hincapié que su adhesión a un objeto material que era de gran importancia como <i>“la casa”</i> suscitara sentimientos negativos.</p>

Síntomas de evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. Síntomas de activación arousal; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto. (Pág. 1174)

Impacto Emocional.	Perdida material que ha causado el Trastorno por Estrés Postraumático, debido a que el participante se	El impacto emocional en el participante 1 se denota muy fuerte, puesto que aun persiste el miedo a causa de las fuertes	El impacto emocional se desarrolla a partir de la escena hostil vivenciada por el Participante 1, a la par deja
---------------------------	--	---	---

(2012) insinúa que: “Hay circunstancias (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto emocional y (...) la ausencia de un apoyo social (...) está relacionado directamente con el TEPT.” (Pág. 17)

encontraba encima de un techo, a oscuras, mientras a ciegas veía como su casa se iba en medio de los escombros que llevaba la avalancha. Una de las cosas que resalta, es que, junto con ella habían mas personas que intentaban hacer lo mismo que él, por lo tanto, los llantos, gritos, desmayos de las habitantes y los ruidos abruptos que provocaba la avalancha

lluvias que azotan el municipio, por ende, esto hace que surja de nuevo un sentimiento de llanto profundo. Entre tanto, el impacto emocional que deja esta situación adversa, altera el equilibrio emocional del sujeto 1, debido a que, las escenas que ellos recuerdan de ese día, genera un gran desconsuelo en ellos, por las acciones futuras que deberán tomar para mantener su bienestar general.

como resultado cierto grado de dificultad para identificar, canalizar y exteriorizar sus sentimientos. Por tal razón, el Participante 1 trata de evitar actividades que antiguamente hacían con normalidad, considerando que, ya no encuentra ningún motivo para hacer alguna actividad que le genere interés, ya que, su vida giraba en torno a la casa que estaba construyendo en compañía de sus familiares.

<p>Percepción Emocional. (Ekman (2003) expuesto por Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al</p>	<p>Para el Participante 1 este suceso desastroso que tomó por presagio la casa del mismo, despliega sentimientos de desolación, tristeza e incertidumbre, dado que, desde una edad muy joven ha trabajado por conseguir algo estable en su vida, sólo que, nunca había estado preparada</p>	<p>El participante siendo y percibe que existe un gran abandono total del Estado Colombiano, por lo que no ha visto ningún tipo de ayuda reflejado en su vida y en su familia. Así mismo, las ayudas humanitarias que ha adquirido ha sido gracias a la colaboración de los compañeros de trabajo de su pareja</p>	<p>No ve necesario la asistencia al Psicólogo, ya que, el malestar emocional que presentan lo pueden subsanar a través de oraciones, rezos o ritos, teniendo en cuenta las creencias religiosas que manifiesta el participante 1, de tal modo, que esto se hace necesario aplicar, en el</p>
---	---	--	--

recalcar que: el para experimentar esta clase de suceso sentimental, mientras que, el Estado solo momento en que se presentan los
carácter el para experimentar esta clase de suceso sentimental, mientras que, el Estado solo momento en que se presentan los
fundamental el para experimentar esta clase de suceso sentimental, mientras que, el Estado solo momento en que se presentan los
consiste en la cuenta que su objeto material está ningún rencor con respecto a los actores síntomas del Trastorno por Estrés
percepción de los ligado a un crédito bancario que debe integrales directos o indirectos del Postraumático.
estados suplir para poder saldar el dinero que desastre natural, sino que, sólo lo toma
emocionales que, utilizo para la materialización de su como una designación divina que busca el
(...) manifiestan casa, casa que como refiere: “no la aprendizaje de sus creyentes.
los cuerpos de tengo, pero la estoy pagando”
maneras diferentes
por medio de
indicadores
musculares
específicos y
distintos para cada
tipo de emoción
básica (...) .” (Pág.
74)

Triangulación de Resultados.

En el siguiente apartado, se exhibe el análisis de contenido que se utilizó en la entrevista semi estructurada, la observación participante y el grupo focal con una población emergente de 2 Participantes como muestra de la investigación con edades comprendidas entre 30 – 50 años y 9 Participantes para el ejercicio del grupo focal.

Tabla No. # Triangulación de Resultados.

Categoría	Entrevista Semi estructurada.	Observación Participante	Grupo Focal.	Análisis Descriptivo.
Pérdidas Materiales y Familiares.				
Trastorno por Estrés Postraumático (Guzmán M., Padrós F., Arocena F. y García T. (2015) citando a APA (2013), refieren que: El TEPT conlleva: Síntomas de reexperimentación; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. Síntomas de	Experimentación del evento traumático. Pérdida material. Inestabilidad mental. Sin alteración en la memoria. Impacto traumático. Recuerdos perturbadores, intrusos y angustiantes ligados a la escena traumática. Intenso malestar psicológico por estímulos internos y externos del ambiente. Hipervigilancia.	Experimentación del evento traumático. Estímulo adverso. Salud mental inestable. Recuerdos angustiosos persistentes. Recuerdos intrusos y perturbadores. Pensamientos negativos. Hipervigilancia. Cumplimiento del criterio A,B,C,D y E. Evocación de la experiencia adversa en los sueños-	Exposición directa a la muerte inminente. Conocimiento sobre lo ocurrido. Experiencia directa con el suceso traumático. Presencia del evento estresor.	Se puede inferir que los dos participantes poseen una fuerte relación y experimentación del evento traumático que sucedió en dicho municipio, por lo tanto se puede aseverar que el criterio A del DSM V se cumple con ambos Participantes, considerando que para que se cumpla dicho criterio, la persona tiene que haber experimentado, presenciado, escuchado, observado algún acontecimiento traumático que tomara en riesgo la vida de la persona o la somete a un miedo intenso. Así mismo, se debe considerar que ambos participantes solventaron una

evitación; evita Perdida de la pareja
 pensamientos, sentimental durante la
 conversaciones, tragedia.
 lugares o personas Amnesia disociativa.
 asociadas al Recuerdos constantes.
 acontecimiento, Evento inesperado.
 además muestra Pensamientos
 desesperanza y involuntarios.
 restricción Problemas para
 afectiva. Síntomas conciliar el sueño.
 de activación
 arousal; Trastornos
 del sueño, ira,
 pobre
 concentración,
 hipervigilancia y
 sobresalto. (Pág.
 1174)

perdida tanto material como familiar, entre tanto, no es posible obviar que, este fenómeno vulnerara la estabilidad mental de dicha muestra.

Uno de los Participantes no presenta ninguna alteración en la memoria, teniendo en cuenta que sólo fue una perdida material, más aquel, que padeció una perdida familia, si oscila una amnesia disociativa reflejada en un espacio retrospectivo del cual no tiene recuerdo alguno sobre lo que se desarrolló aquella noche. De igual modo, las afirmaciones recogidas en la investigación mixta dejan por aludido, que la experimentación de estas situaciones, genera un gran impacto traumático en la población, puesto que la presencia de este fenómeno hizo que la

experiencia de ello, fuese demasiado fuerte para la estabilidad mental de una persona, más si la escena fue sorpresiva para ellos, por lo tanto, el desarrollo del impacto traumático se ve profundamente marcado en dichas personas.

Así mismo, la constancia de estos recuerdos, pensamientos y sueños enaltece el cumplimiento del criterio B del DSM V, dado que, la población repetidamente reexperimentan el acontecimiento hostil, ya sea por medio de recuerdos involuntarios, sueños, flashback, malestar psicológico o reacciones psicológicas asemejadas al ritmo cardiaco. Oportunamente, los recuerdos se ven representados en los sueños, donde se repite el suceso que

experimentó sólo que en él involucra a los seres queridos que se encuentran presentes en su núcleo familiar y ello es evocado mediante imágenes o pensamientos; considerando al Participante 1, el evento se encuentra presente constantemente.

En otro instante el cuarto elemento del criterio B, del DSM V, respalda que se produce un intenso malestar psicológico por estímulos internos o externos que simbolizan alguna parte del acontecimiento. Visto que, en esta categoría se obtienen respuestas manifestadas en miedo y temor frente a un factor externo como la lluvia, puesto que, el fenómeno que sucumbió la tranquilidad de los habitantes, se efectuó bajo fuertes olas

invernales que provocaron tan lamentable resultado.

Por última instancia, la presencia de estímulos externos como la lluvia conlleva a que, no puedan conciliar el sueño y como es bien sabido entender, el clima del municipio es húmedo tropical, lo cual hace que el desarrollo de las lluvias sea constante, por consiguiente, esto altera la conciliación del sueño y aumenta la hipervigilancia. Además, que, en sus pensamientos, la producción de fuertes lluvia se convierta en una señal de alerta para que suceda otra avalancha y perder su vida en ella.

Impacto emocional. (Belén I. y Paz E. (2012) insinúa que:	Miedo y temor intenso. Evitación de personas, lugares, pensamientos y sentimientos.	Miedo y temor intenso. Evitación de estímulos relacionados al evento.	Desesperación súbita. Problemas de concentración.	Las emociones de la población se encuentran relacionadas con el miedo y el temor, y esto dentro del criterio C, se cumple siempre y
---	--	--	--	---

<p>“Hay circunstancias (...) y otros factores psicosociales que también están asociados a la gravedad del impacto emocional y (...) la ausencia de un apoyo social (...) está relacionado directamente con el TEPT.” (Pág. 17)</p>	<p>Embotamiento. Equilibrio emocional alterado. Desconsuelo. Lección de vida. Plan de contingencia a través de la oración y rezos. Dolor. Insomnio. Malestar psicológico. Tristeza, enojo, irritabilidad e inseguridad. Hipervigilancia. Efecto plano del discurso. Ocupación extenuante del tiempo libre. Arrebatos de ira e irritabilidad.</p>	<p>Evitación de actividades y lugares. Interiorización de imágenes desfavorables. Desconsuelo. Insomnio. Tristeza y enojo. Hipervigilancia. Cumplimiento del criterio C del TEPT. Embotamiento. Impedimento de la exhibición de emociones y sentimientos.</p>	<p>Incomprensión del suceso. Imágenes desagradables difíciles de olvidar. Tristeza. Abandono. Instinto de supervivencia. Recuerdos desagradables. Reacciones impulsivas. Nerviosismo y desesperación.</p>	<p>cuando la persona frecuentemente evite estímulos relacionados al evento y desarrollan un embotamiento de la actividad general, de modo que, el criterio específica que se deben cumplir mínimo tres síntomas o más, y ellos sólo presenta la evitación de actividades y lugares que le recuerdan a la tragedia, lo que, se asemejaría a evitar ver la destrucción completa de la vivienda que estaba construyendo. Es válido aclarar, que a la población le cuesta expresar sus emociones, por tanto, se trasluce como un embotamiento. Al mismo tiempo, el criterio C destaca que la evitación de sentimientos, pensamientos o emociones que tienen que ver con el acontecimiento, el segundo,</p>
--	--	---	---	--

trata de evitar constantemente la exteriorización de los mismos. Además, el impacto emocional que deja esta situación adversa, altera el equilibrio emocional de la población, debido a que, las escenas que ellos recuerdan de ese día, genera un gran desconsuelo, por las acciones futuras que deberán tomar para mantener su bienestar general. Al mismo tiempo, las acciones por parte los mismos, dejan en relevancia que tratan de evitar sentimientos, pensamientos o conversaciones asociadas al evento, y según el criterio C del DSM V, la persona repetidamente evita estímulos relacionados al trauma y el embotamiento de las actividades generales. Como el primer elemento, la inhabilidad para

expresar sus sentimientos origina un embotamiento.

Por otra parte, en medio del discurso, uno de ellos, no expresan ningún tipo de sentimiento u emociones que se encuentre enlazada con la tragedia, a excepción de unos de los participantes, donde se evidencia una pérdida familiar como pérdida de su pareja, por ende, el desarrollo del evento traumático cumple con el tercer síntoma del criterio C del DSM V, pues no logra recordar ciertos aspectos importantes del desastre natural, además, el participante sólo detalla su experiencia en el momento en que fue arrastrada por la avalancha, interpretándose como una amnesia disociativa. En la recopilación de las respuestas, la

población difiere que, existe una lección de vida que puede ser compartidas con personas que viven cerca de los caudales y la forma en que se debe valorar el tiempo con las personas que conforman su núcleo familiar y social.

Con respecto a las experiencias de las personas que han sobrevivido a desastres naturales, promueven sugerencias sobre la construcción de casas en zonas de riesgo, ya sea por deslizamiento, inundación, incendios, etc., es decir, más asociadas a la parte material. Mientras tanto, el Participante 2 afirma que esta clase de situaciones algunas veces logran ser prevenidas o controladas, otras sin embargo, solo suceden de la nada y toma la vida cientos de

personas que perecen en el intento de salvar sus vidas.

El desequilibrio emocional ha sido provocado por el miedo que altera el bienestar mental, por consiguiente, toma como plan de contingencia la oración, una técnica religiosa que se utiliza en muchas situaciones para aminorar el dolor y el miedo. No obstante, presentan un síntoma que es referente para el criterio D del DSM V, y este tiene que ver con el insomnio. Por otra parte, tratan de evitar el desequilibrio emocional mediante la ocupación de su tiempo en actividades diferentes a las que realizaba antes del evento, siendo así que el segundo síntoma del criterio C del DSM V, tiene que ver con evitar actividades enlazadas con el evento hostil, por

lo tanto, trata de evitar el surgimiento de emociones y pensamientos con la ocupación de su mente en otras actividades diferentes a las que hacía.

Como se mencionaba anteriormente, el cuarto síntoma del criterio B del DSM V deja claro que, la presencia de estímulos externos que simbolizan el acontecimiento produce un malestar psicológico la población estudiada y más aún si está en juego la inteligencia emocional, ya sea por emociones negativas como tristeza, miedo, enojo, irritabilidad e inseguridad, por ende, afirman tener presente todas, sólo que los resultados de la destrucción de su vivienda y el fallecimiento de la pareja sentimental, se percibe

como un plan de Dios que tiene sobre sus vida.

Por otro lado, en vista del criterio D, los síntomas como arrebatos de ira o irritabilidad se suscitan ocasionalmente, pues como lo manifiestan sienten mucha rabia al saber que los planes que tenían programado no se dieron de la mejor forma.

Después de más de nueve veces de haber sobrevivido al desastre natural, no han podido concentrarse en las metas que desean lograr, puesto que los recuerdos de aquel día tienden a presentarse en horas en las que se encuentra solos y la actividad laboral que realiza en el día ya ha finalizado. Esto se puede demostrar, gracias al quinto síntoma del criterio D del DSM V,

que distinguen sobre la incapacidad de concentrarse que poseen, no sólo en la fase de activación sino también en las horas de descanso del cuerpo.

Al cabo de esto, existe un perspectiva motivadora por parte de ellos, al querer continuar adelante con los proyectos que venía desarrollando, dado que, el trabajo que mantuvo en ese momento, simplifica una superación personal, así como también el apoyo familiar que han acogieron, sirvió para que reanudaran con los objetivos a mediano y largo plazo que iban obteniendo.

<p>Percepción emocional. (Ekman (2003) expuesto por Polo</p>	<p>Percepción inadecuada del Psicólogo</p>	<p>Percepción distorsionada de la vida. Inequidad por parte del Estado.</p>	<p>Abandono por parte del Estado. Desolación e incertidumbre.</p>	<p>La percepción emocional que detentan en cuanto a la reacción de los órganos de socorro que auxiliaron al Participante 1 en ese</p>
---	--	---	---	---

<p>J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) al recalcar que: el carácter fundamental consiste en la percepción de los estados emocionales que, (...) manifiestan los cuerpos de maneras diferentes por medio de indicadores musculares específicos y distintos para cada tipo de emoción básica (...).” (Pág. 74)</p>	<p>No se puede olvidar un acontecimiento traumático. La ayuda espiritual es la más idónea para estas situaciones. Incertidumbre. Impotencia y desagrado por la atención del Estado. Tristeza. Desolación. Malestar emocional por la percepción de estímulos asociados. Negligencia por parte de las autoridades. Percepción alterada de la vida. Aversión a elementos naturales como la tierra y la lluvia.</p>	<p>Adhesión a objetos materiales. Emociones y sentimientos negativos. Percepción errónea de las funciones del Psicólogo. Malestar emocional a causa de estímulos percibidos en el medio. Percepción del surgimiento de una segunda avalancha. No cuenta con herramientas psicológicas para contrastar los síntomas del TEPT.</p>	<p>Irresponsabilidad por parte de los Entes municipales. Estímulos asociados al desastre natural. Sin motivos para seguir con sus vidas. No existe sentido de culpa.</p>	<p>momento es denotada como buena, mientras que su percepción se vio afectada en el momento en que las ayudas humanitarias se comenzaron a afectar, puesto que recibieron objetos en mal estado, lo que generó impotencia y desagrado en ellos, por el tipo de ayuda que estaban obteniendo por parte de las entidades competentes, es decir, que a la final, éstas ayudas sólo suscitan tristeza. Por otra parte, la atención de unos de los órganos de socorro al Participante 2, fue negligente con las personas que salvaron su vida de manera individual, y la atención que debían recibir fue brindada por los demás habitantes que se encontraban en la misma situación. En cuanto a la búsqueda</p>
---	---	--	--	---

de su pareja sentimental, evidencio un proceso muy lento, lo que causó decepción moral y emocional en cuanto a lo que observaba por las entidades municipales que estaban encargadas de prevenir estas calamidades.

En aras de lo manifestado, no existe ninguna posibilidad de que se borre esta experiencia traumática que vivenciaron aquel día, de modo que, la superación de esto sólo la pretenden lograr mediante la ayuda espiritual que reciben por medio de la oración. Resaltando lo acotado, no encuentran las herramientas psicológicas para poder aminorar este suceso desastroso que tomó la vida de su pareja sentimental y el daño de sus bienes materiales.

Por lo tanto, la desolación que sienten con respecto a la pérdida de amigos cercanos a sus vidas, afecta como tal su percepción, pues hoy en día estas personas ya no se encuentran en su vida para aportar en su crecimiento personal. Además, los sueños que creían tangibles, el suceso trae consigo una serie de modificaciones tanto en la percepción, pensamiento o emoción del sobreviviente, ocasionando que la forma de percibir la vida, constatando alteración oportuna, pues ya no existe nada que asegure el éxito de sus metas.

El malestar psicológico que se originan en la población, se debe a elementos que durante la tragedia se observaron, percibieron y experimentaron, ya sea por el olor

del barro, el olor fétido de los cadáveres de seres humanos, animales y las imágenes desastrosas del fenómeno natural, hacen que sienta una incomodidad que intranquiliza a la persona y afecta su área emocional. Además de lo anterior, actividades que antes frecuentaba como la natación en los ríos, hoy en día y ano lo practica a causa de la carga emocional que dejó este evento. Pues estímulos como los ruidos, olores, sensaciones, sonidos o sabores pueden desestabilizar la salud mental de la población, y cuanto al ruido o el sonido de la lluvia es percibido de forma negativa ya que esto les produce miedo y sienten la necesidad de retirarse del lugar donde se encuentran.

En definitiva, se subraya que el olor del barro, el ruido de las multitudes, el sonido fuerte de la lluvia y los gritos ocasionan un estado de alerta, lo que conlleva a alterar la percepción y estado emocional de los afectados por los diferentes estímulos que se encontraban latentes el día en que sucedía esta situación hostil, lo que a la par suscita que no descubran la manera de inhibir estos impulsos involuntarios que suceden por dichos estímulos externos.

Resultados de la Escala de Trauma de Davidson.

Participante 1.

Con la Escala de Trauma de Davidson (DTS) se pueden obtener tres tipos de resultados, la primera puntuación tiene que ver con la suma de los ítem por subescala de frecuencia, la segunda hace referencia a la puntuación de la suma de ítem por la subescala de gravedad y tercero, la puntuación global o total de ambas subescalas la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala. A consideración de los anterior, el análisis de dicha escala se manifiesta de la siguiente manera, el rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136; teniendo en cuenta que la mayor puntuación y mayor severidad y/o frecuencia. De este modo, los autores de la Escala proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

El participante 1, una vez realizado la Escala de Trauma de Davidson (DTS) e interpretado dicho instrumento, su puntaje por la subescala de frecuencia denota una calificación de 24 puntos, seguidamente, el puntaje de la subescala de gravedad está representada por 26 puntos, mientras que, el puntaje global se encuentra estatuido por 50 puntos. Ahora bien, la frecuencia con la que se presenta el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en el Participante 1 se manifiesta de forma leve, puesto que, la puntuación arrojada por la Escala no muestra gravedad alguna, como se reiteró en análisis anteriores, el TEPT se encuentra presente, pero esto no ha hecho que les impida realizar ciertas actividades, de las cuales dependen los mismos y sus familias.

No obstante, hay que tener en cuenta que, el Participante 1 se caracteriza porque su selección o participación dentro de la investigación varía en cuanto a la perdida material que tuvo, en este caso hace alusión a su casa, más no por alguna perdida familiar, lo que conlleva a resaltar,

que la patología se ha desarrollado a causa del evento estresor que tuvo que afrontar mientras la avalancha rodeaba la casa donde intentaba salvar su vida junto con vecinos que la acompañaban en el mismo lugar; al transcurrir el tiempo, la pérdida material que tuvo ha generado una gran conmoción en su estado emocional y mental, así como también las secuelas psicológicas que dejó este evento, por ende, esto le ha llevado a trasladarse a otro sitio del municipio, en el cual habita con otros familiares que radicaban en el mismo barrio, sólo que, los cambios no ha sido muy beneficioso para el Participante 1, debido a que no se siente en la capacidad de poder entablar nuevas relaciones interpersonales con sus nuevos vecinos.

Con todo y esto, el Participante 1 no se ha visto impedido para continuar ejerciendo sus antiguas labores dentro del municipio de Mocoa, considerando que, en primer lugar existe una obligación bancaria que debe cumplir por el préstamo económico que solicitó para la construcción del bien material mencionado y segundo, para la manutención de las personas que conforman su hogar, aunque, los síntomas de TEPT no dejan de presentarse en su vida, produciendo una inestabilidad emocional y mental que no lo deja sentirse tranquilo por causa de las fuertes lluvias que sucumben el municipio, dejando claro, que el Participante continúa asociando los estímulos que percibió la noche del suceso con los estímulos ambientales que se encuentran latentes en Mocoa.

Participante 2.

Con la Escala de Trauma de Davidson (DTS) se pueden obtener tres tipos de resultados, la primera puntuación tiene que ver con la suma de los ítem por subescala de frecuencia, la segunda hace referencia a la puntuación de la suma de ítem por la subescala de gravedad y tercero, la puntuación global o total de ambas subescalas la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala. A consideración de los anterior, el análisis de dicha escala se manifiesta de la siguiente manera, el rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136; teniendo en cuenta que la mayor puntuación y mayor

severidad y/o frecuencia. De este modo, los autores de la Escala proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

El participante 2, una vez realizado la Escala de Trauma de Davidson (DTS) e interpretado dicho instrumento, su puntaje por la subescala de frecuencia denota una calificación de 34 puntos, seguidamente, el puntaje de la subescala de gravedad está representada por 28 puntos, mientras que, el puntaje global se encuentra estatuido por 62 puntos. Ahora bien, la frecuencia con la que se presenta el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en el Participante 2, reiteradamente se manifiesta de forma leve, puesto que, la puntuación arrojada por la Escala no muestra gravedad alguna, como se reiteró en análisis anteriores, el TEPT se encuentra presente, pero esto no ha impedido que logre culminar sus estudios profesionales y obligaciones laborales.

No obstante, hay que tener en cuenta que, la selección del Participante 2 dentro de la investigación se debe a la pérdida familiar que tuvo durante el desarrollo de la avalancha; la escena traumática que dio inicio al desarrollo del TETP, tiene que ver con el momento en el que el Participante 2 y su pareja eran arrasados por la avalancha, y que sólo uno de ellos pudiera socorrer su vida, mientras que la vida de la otra persona seguía su curso junto con el cauce del lodo.

Aunque el TEPT se presenta de forma muy leve, cabe la posibilidad de seguirse desarrollando si el Participante 2 no logra seguir su tratamiento psicológico con un Terapeuta profesional, dado que, según el Participante la intervención que recibió por un Psicólogo (a) X facilitado por la empresa donde trabaja, sólo duró una semana y ello sirvió para que él o ella le “medicara” “pastillas para dormir y pastillas para la ansiedad”, según lo referido por el Participante 2 de la investigación. Sumado a lo anterior, los problemas para conciliar el sueño se siguen presentado continuamente, lo que lo ha llevado a controlar la exteriorización de los síntomas del TEPT con actividades que ocupen totalmente su mente.

Hoy en día el Participante 2, sólo espera encontrar el cuerpo de su pareja sentimental, contando con el hecho que ya a la fecha se ha cumplido un año y aún no logra esclarecerse el paradero del cuerpo, de igual manera, guarda esperanza alguna de poderlo encontrar, aunque en momentos de crisis acepta que el está muerto. Existe una dificultad que el Participante 2 reitera, y este tiene que ver con la incapacidad para expresar sus sentimientos delante de un Psicólogo, por ende, no ha optado por seguir un proceso terapéutico que le proporcione estrategias de afrontamiento frente al duelo, que aún trata de apaciguar cuando se encuentra en su habitación.

En definitiva, el Participante 2 ha llevado el TEPT levemente en su diario vivir, puesto que existe obligaciones financieras que aún debe suplir después de lo que ha transcurrido en Mocoa – Putumayo, de la misma forma, ha finalizado sus estudios en honor a su pareja sentimental, quien fue la persona que la motivó a prepararse profesionalmente en el municipio mencionado, sólo que, aún lamenta que los proyectos que una vez establecieron, hoy sólo pueden ser resueltos por el Participante 2.

Discusión.

La definición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que enaltece Tobar M. (2016) de acuerdo con los criterios adscritos al DSM V, permiten determinar y concluir que los participantes selectos en la investigación mixta de predominancia cualitativa presentan ésta enfermedad mental, puesto que, como figura el criterio A, tanto el Participante 1 como el Participante 2, se encontraron expuestos a la muerte a causa de un desastre natural que sucumbió el Barrio San Miguel del municipio de Mocoa en horas donde se disponían a descansar; no obstante, presenciaron una serie de hechos que también afectaban a otras personas adyacentes a la misma localidad, lo que a la final aumentó gravemente el impacto emocional de ambos Participantes y que los sucesos impactantes que observaron una vez culminó la avalancha, continuaran presentes en la vida de los participantes hasta el día de hoy.

Es válido afirmar, que, aunque el Participante 1 sólo dio por perdido los bienes materiales que con gran esfuerzo adquirió durante sus años de trabajo, esto no deja por fuera que su percepción e impacto emocional se hayan visto vulnerables y en ese mismo sentido después haya desarrollado el TEPT al cabo de tres meses. De igual manera, el Participante 2 obtuvo una pérdida familiar, que en este caso hace alusión a la pareja sentimental con la cual convivió durante un lapso de tiempo muy largo, sólo que, su evento estresor tiene que ver con, la experiencia que tuvo al ser arrasada junto con su pareja por la avalancha y verse inmersa en medio de lodo y piedras, aun así, uno de ellos decidió colocar la vida de la otra persona por encima de todo y tratar de salvarla arrojándola hacia la orilla donde el Participante 2 se sostuvo de un árbol sin percatarse que, el conyugue seguía siendo arrasado por la avalancha.

Al contemplar estos eventos, Tobar M. (2016) resalta que las personas que se ven expuestas a una situación donde la vida de la persona está expuesta a la muerte y no siguen un tratamiento psicológico adecuado, estas pueden estar predispuesta a presentar problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, pesadillas, culpa y problemas para controlar la agresión; en

relación al estudio de caso, los participantes hicieron uso del Psicólogo después del evento hostil y ello duró una semana, más adelante, lamentablemente ninguno continuó o hizo uso del Psicólogo, por ende, la exteriorización de los síntomas se dio de forma constante y a la par, ha alterado la estabilidad mental y emocional de los participantes.

El criterio B que el autor rescata del DSM – V, enfatiza la presencia de recuerdos angustiosos, sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso o prolongado y reacciones fisiológicas intensas. En efecto, estas suposiciones del autor admiten que gracias a las herramientas implementadas en la investigación mixta disponen que ambos participantes poseen recuerdos angustiosos sobre lo que sufrieron aquella noche; seguidamente, los sueños angustiosos que sobrevienen en los participantes se desarrollan justo cuando las lluvias azotan el municipio de Mocoa, ocasionando que las horas de descanso se disponga para traer a colación el evento que los trauma en los sueños; por otro lado, no se revela reacciones disociativas o flashback en los Participantes, dicho de otro modo, los participantes no repiten el evento estresor como si lo estuvieran re experimentando de nuevo en el sitio donde se encuentre.

Al mismo tiempo, el malestar psicológico sobreviene ante estímulos asociados al evento hostil, ya sea por el fuerte sonido que provoca las lluvias, la euforia de los habitantes, el olor del lodo, suspensión del servicio de luz y suspensión del servicio de agua, con todo y esto, se presta para provocar un fuerte malestar psicológico intenso que les impide continuar con sus actividades diarias; así pues, lo destacado con anterioridad promueve a que, los participantes tengan reacciones fisiológicas a los estímulos ya descritos como por ejemplo, la aceleración de su ritmo cardiaco y el grado de afección que se sobrepone en su presión sanguínea.

En cuanto al criterio C, la evitación continua a estímulos asociados al evento traumático se exhibe en los recuerdos, pensamientos, sentimientos, personas, lugares, conversaciones o actividades asociadas al factor estresor; dicho de otra manera el Participante2 insistentemente se

rehúsa a manifestar sus sentimientos, pensamientos, conversaciones o practicar actividades que antiguamente realizaba en conjunto con su pareja sentimental, ya que esto le ha ocasionado fuertes depresiones que sólo logran apaciguarse cuando se encuentra sola, no obstante, en la entrevista que participó dejó claro que no ha tenido ideas suicidas, por lo que, es necesario comprobar la veracidad del asunto, teniendo en cuenta sus estrategias de afrontamiento no han sido muy efectivas.

Conviene subrayar que, el Participante 2 no logra recordar aspectos claros sobre el acontecimiento, debido a que, todo viene a su mente como una especie de sueño, del cual no logra esclarecer la forma en que fue arrasada por el lodo y que su pareja haya súper puesto su vida por la de él, lo que se estaría hablando clínicamente de una amnesia disociativa que le ha impedido recordar aspectos claros del acontecimiento traumático que vivenció en carne propia. Igualmente, experimenta una disminución en la capacidad de expresar amor o de sentir otras emociones intensas en su vida, como resultado, ya no existe ningún deseo en él para entablar nuevas relaciones interpersonales, metas y objetivos, visto que, todo lo que una vez estableció con su pareja, hoy en día no lo ve materializado y más si su cuerpo aún se encuentra desaparecido.

Con respecto al Participante 1, no se evidencia ninguna oposición para exteriorizar sus sentimiento u emociones con seres allegados a su familia, más sin embargo, deja por fuera la importancia sobre la asistencia al Psicólogo como estrategia de superación emocional y mental, a causa de su refugio en oraciones y rezos que ha adquirido en la cultura mocoense, en cambio, ha dejado por fuera actividades y lugares asociados a la tragedia, como por ejemplo: ríos alledaños al municipio, centros de recreación y los barrios afectados; dado que, son sitios que remueven sentimientos en el participante, provocando una sensación incómoda para el mismo.

Por otra parte, el criterio D del DSM – V según Tobar M. (2016) tiene que ver con perturbaciones negativas a nivel cognitivo y emocional mancomunado con el suceso traumático,

que en ciertas ocasiones se suscitan o se agravan mediante amnesia disociativas, pensamientos negativos, percepción distorsionada, estado emocional negativo, reducción del interés propio, desapego emocional e insuficiencia para escarmentar emociones positivas. En particular, no se evidencia en el Participante 1 incapacidad o inhabilidad para recordar aspectos importantes sobre el suceso traumático, dado que, sucede lo contrario recuerda absolutamente todo del evento que incluso, ha sido imposible de olvidar; a pesar de esto, el Participante 2, si presenta dificultad para recordar ciertos elementos importantes de la tragedia, teniendo en cuenta que, sólo conmemora escenas donde ella se ve inmersa en la avalancha, más no logra evocar aspectos claros sobre el momento en que se desarrolla el desastre natural ni mucho menos cuando su pareja sentimental salva la vida del participante 2, pero que no se encuentran relacionan con ninguna lesión cerebral o consumo de sustancias psicoactivas, en vista que, lo referido por los Participantes ninguno tuvo esta afectación física.

Al mismo tiempo, el segundo síntoma del criterio D, congruente con los pensamientos negativos persistentes sobre el mismo Participante 1, no refleja este síntoma, pues liga el desarrollo del desastre natural a una designación divina que ha colocado a prueba su carácter, por lo tanto, tiene una profunda esperanza de ser compensada espiritual y económicamente por su devota Fe, igualmente la aparición de ideas negativas, angustias, ansiedad o perturbaciones emocionales, logran apaciguarse en un porcentaje menor mediante los rezos, rituales y oraciones que utiliza antes y después de que se avecina una fuerte tormenta en el municipio. En cambio, el Participante 2, si tiene expectativas negativas persistentes sobre el mismo, visto que se siente mal, le cuesta depositar nuevamente su confianza en los demás y sus nervios se desestabilizan por los estímulos que presenció aquel día.

Además, el tercer síntoma del criterio del síntoma D, difiere en la percepción distorsionada perseverante de los resultados que dejó la avalancha acusada así mismo o a los demás, de modo que, el Participante 1 reitera que todo ha sido un plan divino, el Participante 2 culpabiliza el desarrollo de este evento desagradable a los órganos gubernamentales por su ineffectividad

administrativa que deben suplir como garantes de bienestar social y político a los habitantes de Mocoa – Putumayo. Con relación al cuarto síntoma del criterio mencionado, el estado emocional negativo extenuante en el Participante 1 se evidencia a través del enfado, culpa y vergüenza por la pérdida material que tuvo ese día, pues para él nunca existió la posibilidad que un vejamen como ese pudiese dejar tanta desolación en los habitantes que materializaron sus sueños en un barrio pacífico y ameno socialmente, además, estas manifestaciones emocionales son acusada hacia el mismo, por no prever estas situaciones. Por otro parte, el Participante 2, exterioriza miedo, pánico, enfado y culpa, por lo que se desarrolló aquella noche hacia ella misma y los órganos políticos encargados de salvaguardar la soberanía de los ciudadanos, pues como declaró el Participante 1, jamás pensaron que el barrio que habitaban se encontraba en zona roja, por lo general siempre fueron rumores, pero esto no fue visualizado como una tragedia que abarcara diferentes zonas de Mocoa por las cuales el río se conectaba con las demás quebradas que terminaron afectando 8 barrios alternos al barrio San Miguel.

Por lo que se refiere al quinto síntoma del criterio D, ambos participantes muestran una importante disminución de interés hacia actividades significativas que comúnmente efectuaban en el municipio, ya sea actividades en el río, piscinas, centros vacacionales y eventos folclóricos que provocaban la satisfacción y vinculación de los Participantes en este tipo de ejercicios recreativos, hoy en día esto sólo trae recuerdos amargos pues no tienen razón alguna para participar nuevamente en un evento importante. Sumado a lo anterior, la convivencia con sus nuevos vecinos se ha vuelto mínima, a diferencia de las relaciones interpersonales que entablaban con sus antiguos vecinos, detalla una vinculación interpersonal y emocional que tenían con ellos, tanto así que el diseño de calles, capillas y casas se realizaba en conjunto con sus vecinos allegados.

En lo que tiene que ver con los sentimientos de desapego y la insuficiencia para experimentar emociones positivas hacia los demás, los Participantes sienten que no están en condiciones de mostrar nuevamente sus sentimientos positivos a nuevas personas o sus seres allegados, dado que, las relaciones interpersonales que desarrollaron en su antiguo barrio produce

sentimientos insólitos, teniendo en cuenta que, es bastante complejo vincularse emocionalmente con nuevos habitantes en un barrio nuevo que los hace sentir extraños y desolados.

Acercas del criterio E que esboza la alteración y reactividad de alerta que pueden tener los participantes en función del evento adverso puede darse mediante la exposición de comportamientos irritables o arrebatos de furia, comportamiento imprudente, hipervigilancia, respuestas exageradas, problemas de concentración y alteración del sueño; en otras palabras el Participante 1 no expresa comportamientos irritables, autodestructivos o respuestas exageradas, en cambio los síntomas de hipervigilancia se desarrollan cuando asocia los estímulos de la tragedia con el sitio donde se encuentra, ya sea por las fuertes lluvias, el hedor del barro o la euforia de las personas, así mismo, la alteración del sueño se ha hecho recurrente en su espacio de descanso, dado que el sonido de la lluvia que azota el techo de su casa, provoca un sentimiento desagradable que lleva al Participante 1 a tener a la mano objetos de supervivencia como linterna, botas, capa y un bolso lleno de enseres, en caso de que se desarrolle una segunda avalancha.

Igualmente, el Participante 2, no exhibe comportamientos irritables o arrebatos furiosos hacia los demás, más sin embargo lo que tiene que ver con la hipervigilancia, ésta si se ve representada en horarios nocturnos donde el Participante 2 tiende a conciliar el sueño, entre tanto, las fuertes lluvias y las constantes pesadillas que se evocan en su mente, hace que su tranquilidad se vea alterada por síntomas desagradables. Ahora bien, en concerniente a problemas de concentración, este síntoma si aparece insistentemente en los horarios o actividades laborales del Participante 2, lo cual ha impedido que sus funciones se cumplan con la mayor aseveración y efectividad posible, pues si bien es cierto, existen momentos donde hay una total concentración por parte del mencionado, y en un breve brecha de segundo, vuelven los pensamientos, imágenes y escenas sobre lo que experimentó la noche de la tragedia, que dicho de otro modo genera un malestar significativo a nivel emocional y mental. Además, la alteración del sueño puede interpretarse por la representación de la tragedia asemejada a una pesadilla, donde involucra

momentos exactos donde recuerda a su pareja tratando de salvar su vida y otra escena, en la que es su familia quien es arrastrada por el desastre natural.

Como es bien sabido destacar, en cuanto se refiere la duración de los criterios B, C, D y E han sido superiores a un mes, de acuerdo con lo sustentado por los Participantes han sido más de 10 meses de la persistencia de estos síntomas que han afectado la salud mental y estabilidad emocional de los Participantes. Sin embargo, los síntomas no son factores predeterminantes para causar un malestar clínicamente significativo ni mucho menos se atribuyen a la ingesta de sustancias psicoactivas o insumos médicos, al contrario, los síntomas se han desarrollado al cabo de haber vivenciado un suceso tan traumático.

En definitiva, el Trastorno por Estrés Postraumático según Tobar M. (2016) si se desarrolla a causa de la experimentación de una situación adversa u hostil, pero en lo que tiene que ver a los desastres naturales la probabilidad de que se desarrolló de la forma en que se genera en los militares, estas decae en un 50% por lo que esto sólo sucede una vez, a diferencia del personal militar que se enfrentan frecuentemente el evento que toma por primicia la vida de todas las personas que se encuentran en medio de la escena traumática.

Conclusiones.

Se analizó el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en los dos Participantes que experimentaron el suceso traumático el día 30 de marzo de 2017 a las 11:50 pm a través de un estudio mixto con predominancia cualitativa, en el que se aplicaron técnicas cualitativas en el estudio de caso como entrevista semiestructurada, observación no participante y el grupo focal, además de instrumentos cuantitativos como la Escala de Trauma de Davidson para determinar la aparición y persistencia del TEPT en los Participantes de la investigación de forma leve y moderada. En vista del criterio A, la muestra estuvo expuesta al evento traumático, es decir, que sucede por una experiencia directa más no por repetición por lo tanto, el desarrollo de los demás síntomas estuvo asociada a la experiencia hostil que escarmentaron durante un lapso de tiempo muy largo.

Además, en lo que tiene que ver con el criterio B, se cumple, una vez demuestran síntomas de intrusión a partir de la exteriorización de recuerdos y sueños angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos sobre el acontecimiento fatal, como bien se sabe, uno de los testimonios del Participante 1, tiene que ver con la evocación de momentos traumáticos en el que trataba de salvaguardar la vida de él y la de su familia, en lo que observaba como el desastre natural se llevaba lo que con gran fervor había conseguido, su casa, sin dejar aún lado personas allegada al seno de la familia; mientras tanto, el Participante 2, rememora escenas claves donde el cauce del río comienza a ingresar y más tarde, se ve inmersa en medio del cauce del río y es su pareja sentimental quien, sobrepone su vida para salvaguardar la vida del mismo, por consiguiente, para el Participante 2, es común que todo esto venga a su mente durante la conciliación del sueño y la vigilia, así que, el malestar psicológico que se proponga es concebido incómodo y molesto, pues genera sentimientos de tristeza, rabia, enojo y desolación, sintiendo que están volviendo re experimentar una escena pernicioso para sus vidas.

Ahora bien, el criterio C, se consuma, gracias a que los Participantes poseen una evitación persistente de los estímulos asociados al suceso, como es, la lluvia, el olor del barro y la euforia de los habitantes, de tal manera que, estos estímulos evidenciados en el incidente incitan a invocar imágenes desagradables, por ello, se esfuerzan por eludir recuerdos, pensamiento y sentimientos agobiantes, sin contar, que esto va de la mano de la evitación de lugares, personas, actividades y conversaciones que tengan que ver con lo sucedido. Igualmente, los Participantes buscan la ocupación extenuante de actividades laborales que conlleven a la entrega de mente y cuerpo, con el fin de esquivar sentimientos o emociones que desequilibren la salud mental de los mismos.

Para el criterio D, las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo pueden verse evidenciadas con base en síntomas, que para empezar sólo el Participante 2 cumple con el primero síntoma del criterio D, comprendiendo la incapacidad para recordar un aspecto importante del evento, pues como refiere, hay un lapso de tiempo que no recuerda, y este se crea cuando, posee un recuerdo antes y después del evento, más no, mientras se desarrollaba la escena, salvo explicaciones que da, de ser impulsada por una fuerza bruta que lo saca hacia la orilla del río. Seguidamente, los dos Participante presentan creencias negativas recurrentes sobre no volver a plantear metas, objetivos o sueños que deseen cumplir, pues según de ellos, de nada sirve hacer eso, si a la final el futuro es incierto, pues nunca se imaginaron que un suceso tan lamentable como el que pasó, acarreará con personas y bienes materiales de gran significado para ellos.

Continuando con lo expuesto en el criterio D, se afirma que, su perspectiva sobre los hechos es acusada a los órganos de control que garantizaban el buen vivir de sus conciudadanos, visto que, para ellos la culpa y la responsabilidad recae en estos, por ende, el estado emocional negativo que se emana es expresado a través del miedo, terror, enfado, desolación y odio hacia las circunstancias a las cuales se vieron obligados experimentar. Hoy en día, se sienten incapaces de sentir emociones positivas como la felicidad, la satisfacción, el amor, la alegría y la tolerancia, dado que, no se exige ninguna razón para que esto fluya en ellos, ya que, estas emociones sólo

fluían cuando se encontraban en sus barrios y junto con las personas más allegadas al seno de la familia.

Con respecto al criterio E, es relevante anunciar que hay una variación destacable en las respuestas de alerta ligadas al evento pernicioso; en primera medida, los Participantes exhiben una hipervigilancia desencadenada por la figuración de la lluvia, el olor del barro y la euforia de los habitantes implica que, se desarrolle un comportamiento preventivo, diferente al que tenían antes, pero con base en ello, actualmente utilizan elementos de seguridad, protección y supervivencia que les garantice la vida una vez vuelvan a enfrentar un desastre natural; ante la percatación de los estímulos asociados, estos entran en un estado de hipervigilancia que aumenta la señal de alerta, el miedo, la ansiedad y la zozobra. También, los Participantes han desarrollado respuestas de sobresalto exagerado, problemas de concentración y alteración en el sueño, como se mencionó, dichos estímulos son los que producen estos síntomas, por lo tanto, es común que su actividad mental se vea envuelta en imágenes y recuerdos alegres que experimentaban antes de perduran ante una calamidad ambiental.

En cuanto al criterio F, se revela una consumación del mismo, ya que, la duración de los síntomas encontrados dentro del criterio B, C, D y E equivalen a 12 meses, recalando que, durante los tres primeros meses su padecimiento se hizo extenuante, al cabo de cierto, los síntomas se siguen presentando comunmente, salvo que, esto impida que los mismos se vean imposibilitados para seguir cumplimiento con sus obligaciones laborales, así pues, no hay ninguna malestar clínicamente significativo que deteriore su área laboral, social u otras áreas elementales en la vida de ellos como lo estatuye el criterio G. Igualmente, el criterio H, no se respalda por los síntomas de los Participantes, a causa de, no hay ninguna constatación que asevere la suscitación de los síntomas como un efecto fisiológico dado por una sustancias psicoactiva. Entre tanto, los Participantes no se han visto impedidos para que prosigan con su vida, sólo que la manifestación de los síntomas si ha ocasionado que la estabilidad mental y emocional de los mismos, esté sujeta

a estímulos que provocan un profundo malestar psicológico que, a percepción de ellos, sólo es subsanado a través de rezos, oraciones o ritos, más no por la intervención profesional y terapéutica de un Psicólogo.

Se identificó el impacto en los participantes de la investigación y esto lleva a señalar que hay una grave alteración a nivel emocional, a causa de estímulos como la lluvia, el olor del barro y la euforia de los habitantes que los incita a re experimentar nuevamente las sensaciones del día de la tragedia. Del mismo modo, no cuentan con las estrategias para afrontar dicha situación, produciendo en ellos una fuerte depresión que se presenta cuando se encuentran solos; al igual que, no existe ningún motivo para volver a conseguir metas a corto, mediano y largo plazo, haciendo alusión en que, para ellos hay una fuerte incertidumbre que los acobija, no sólo a ellos, sino al resto de los familiares.

Así mismo, el impacto emocional de los Participantes, aun se expone al llanto, el enojo, la tristeza, la incertidumbre y la desolación, en relación al Participante 1, emociones como las mencionadas se suelen exhibir en su vida, cuando existe algún recuerdo que vincula la construcción de su casa y los habitantes que eran allegados a su vida personal, sin embargo, él no presenta ningún embotamiento que le impida expresar sus emociones en espacio donde se encuentra sólo o cuando, alguien le pregunta acerca del evento; lo que si es cuestionable, es que la manifestación de sus emociones y sentimiento se han venido presentado de igual forma y con la misma intensidad durante un año.

En cuanto al impacto emocional del Participante 2, se indica un embotamiento emocional, que ha imposibilitado la exteriorización de sus sentimientos en la medida que se le pregunta por lo acontecido, figurando una apariencia natural que deja por sentado que el Participante 2 no

presenta ninguna falencia psicológica que le impida proseguir con su vida, pero, lo que explica el mencionado es que, una vez se encuentra solo en su habitación tiende a llorar frecuentemente durante la noche, tiempo que toma de tres a cuatro horas, por ende, no puede conciliar el sueño, sin dejar por fuera, que padece de frecuentes pesadillas manifestadas cada dos noches, según lo referido por él.

La percepción de los sobrevivientes en cuanto al evento hostil, les produce una fuerte desolación por parte del Estado Colombiano y de los mismos Órganos de control del Municipio de Mocoa, resaltando el hecho que, ya no existe la misma motivación que tenían antes de emigrar del barrio en el que habitaban. Al mismo tiempo, no consideran necesario hacer uso del Psicólogo para aminorar el malestar que les ha producido el Trastorno por Estrés Postraumático, pues no está en ellos exteriorizar sus sentimientos a personas diferentes a sus familiares, pues no se sienten cómodos para tratar temas relacionados con lo que experimentaron ese día y las fuertes repercusiones que tuvo eso en sus vidas, y más si están asociadas a la pérdida de bienes materiales y seres queridos.

Por otra parte, el dominio del malestar psicológico se ve coartado por el uso de ritos indígenas atendidos por chamanes de la comunidad, oraciones y rezos hechas por ellos mismos; dichos métodos son utilizadas gracias a que, el municipio mantiene un fuerte arraigo hacia las creencias místicas y religiosas, por consiguiente, ven más esencial lo mencionado que asistir a un Psicólogo y Psiquiatra para que lleve un proceso de intervención terapéutico que garantice el bienestar de la población. No obstante, sus costumbres no logran disipar el Trastorno por Estrés Postraumático, debido a que, desde la concepción científica es una enfermedad mental que debe ser atendidas por los Profesionales de la salud, así que, los Participantes y el resto de la comunidad se ve en la necesidades de ser atendidos por ellos.

La frecuencia y severidad con la que se exhibe el Trastorno por Estrés Postraumático a partir de la Escala de Trauma de Davidson (DTS), según la puntuación presentada anteriormente, esta enfermedad acuñe una manifestación leve, por consiguiente, esto no ha hecho que los Participantes se vean impedidos para ejercer o continuar sus labores y responsabilidad en el municipio, no obstante, a pesar de que la enfermedad sea leve, no deja por fuera la posibilidad de que, se torne de leve a moderado y de moderado a grave, ya que, lo referido por los mismos demuestra que los síntomas se han suscitado en sus vidas por más de 10 meses, sin lograr mejoría alguna, pues no sienten la confianza absoluta para llevar a cabo actividades y objetivos que antiguamente tenían antes de perderlo todo en la tragedia anunciada.

Se diseñó un manual psicoeducativo con el fin de ser aplicado en una segunda investigación que amplíe con mayor envergadura el conocimiento del TEPT en aras de que se utilice durante la intervención clínica, visto que, los investigadores aún no cuentan con la Tarjeta Profesional para poder operar y abordar la enfermedad mental desde la aplicación de técnicas clínicas. En efecto, el manual pretende ayudar a los Participantes y demás personas que de manera voluntaria decidieron hacer parte de la investigación, pues la información recolectada fue sustancial y veraz para elaborar una propuesta que intenta mitigar la exteriorización de los síntomas. A la vez, el manual no sólo orienta a la persona que está presentando los síntomas del Trastorno, sino también, ayuda a los familiares y demás personas a entender las causas, el origen y la forma en que se suscita el TEPT, como también la vitalidad de optar por la asistencia a un Psicólogo encargado de garantizar el bienestar integral de la salud mental de los pacientes.

Recomendaciones.

En primera medida, es menester recomendar a los futuros investigadores interesados en el Trastorno por Estrés Postraumático desarrollo por desastres naturales, ampliar la investigación en los habitantes de Mocoa Putumayo, a causa de que, sólo se aplicó la investigación a 11 personas que estaban radicados en el Barrio San Miguel, sin embargo, el contacto que se tuvo con esta población dio a entender, que existen miles de personas que presentan síntomas similares a los que padecen los Participantes, pues si bien es cierto, se enfrentaron a un evento que dejó muchas secuelas psicológicas, que a la medida no han sido subsanadas por ningún órgano de control que se encargue de garantizar la salubridad y estabilidad mental de los ciudadanos mocoenses.

De igual manera, lo futuros Psicólogos en Formación que tengan interés por este tema y más aun con los habitantes de Mocoa, deben tener en cuenta que el municipio de Mocoa, aún se encuentra en zona de riesgo, pues según lo referido por las personas, existe la posibilidad de que se avecine un segundo desastre natural, por lo tanto, es común que los síntomas del TEPT, estén latentes en ellos, ya sea por la suscitación del miedo, la ira, la incertidumbre o la desolación.

En segundo lugar, es pertinente que los Participantes continúen o reanuden su proceso psicológico en la ciudad de Mocoa Putumayo, considerando que, durante la primera semana de haber transcurrido el hecho, la asistencia psicológica que tuvieron sólo duro una semana y se hizo grupalmente, más no individualmente, por lo tanto, las recomendaciones que ellos acataron fue aceptar lo que habían experimentado y proseguir con sus vidas; con base en lo anterior, esto no ha sido suficiente para aminorar los síntomas que padecen, visto que, no cuentan con las técnicas ni mucho menos con los recursos para tratar de controlar la manifestación de los síntomas que los agobia cuando perciben algún estímulo relacionado al evento, reiteradamente ya sea por la lluvia,

el olor del barro o la euforia de las personas, puesto que, estos factores da cabida para que sufran un fuerte malestar emocional e irrumpa con su tranquilidad y bienestar mental.

En ese mismo sentido, es sustancial fijar la atención en los participantes de la investigación presentan un declive en el establecimiento de relaciones interpersonales y laborales con otras personas, dado que, el choque emocional que desarrollaron aquella noche, los ha llevado evadir cualquier contacto físico y emocional con sus mismos pares, pues existe una creencia negativa en ellos al diferir en que en la vida nada les asegura que algo sea eterno, como es le caso de uno de los Participantes que desde muy joven estuvo laborando para poder adquirir una vivienda propia y digna para sus seres queridos, sin embargo, lo que un día fue un sueño para él, hoy en día sólo quedan recuerdos que lo afligen cuando observa el estado en el que quedó uno de los bienes materiales máspreciado por el mencionado.

Ya en lo que tiene que ver con el Participante 2 que lastimosamente se encuentra lejos de su pareja sentimental, pues como se afirmó en secciones anteriores, ésta pereció en el evento hostil, éste no ha podido continuar con sus obligaciones personales a causa de los estímulos que agobian su salud mental. Una de las cosas que más se criticó a la intervención facilitada por un Psicólogo o Psicóloga asignada por parte de la empresa en la cual laboraba, tiene que ver con el uso de la “medicación” para tratar síntomas de “ansiedad” e “insomnio” que se desarrollaron como efecto de la experiencia traumática, dicho así, esto queda a investigación, pues desde el rol como Psicólogo y profesionales de la salud mental, no se está de acuerdo con que se opte por la administración medicamentos, al contrario, el uso de técnicas y estrategias psicoterapéuticas, son las que garantizan el bienestar integral de los pacientes. No dejan por fuera, que esto no se está contemplado en el Código Deontológico y Bioético de la Ley 1090 del 2006.

Seguidamente, es oportuno y sustancial psicoeducar a los habitantes del barrio San Miguel en cuanto a la función del Psicólogo y los beneficios que se adquieren al hacer uso de un profesional de la salud mental que opera gracias a los comportamientos y pensamientos observados en los pacientes; así mismo, se debe mitigar cualquier conocimiento o prejuicio sobre la asistencia psicológica, visto que, poseen una percepción errada sobre optar por el servicio psicológico, dado que, en primer lugar desean amenizar sus síntomas mediante los rezos, las oraciones o ritos que han adquirido a partir de las tradiciones indígenas que acobijan el departamento del Putumayo, cabe señalar que, esto se realiza una vez se percatan de algún estímulo asociado al evento que a la final generará un malestar emocional.

Ahora bien, desde la formación como Psicólogos, una de las cosas que se ha aprendido, desde el enfoque como intervención terapéutica, tiene que ver con la inclinación por el enfoque cognitivo conductual, pues como bien se sabe, esta yace a partir de los inicios de la Segunda Guerra Mundial, pues es en este espacio de tiempo, donde los trabajos de Skinner y Pavlov, son los que proporcionan información sustancial para tratar este tipo de síntomas provocados por experiencias traumáticas. De tal manera que, más adelante es que, el diseño de técnicas y estrategias terapéuticas proporcionan los métodos para corregir pensamientos distorcionados, problemas sociales, manejo de la ansiedad, control del estrés, manejo de emociones negativas, alteración del sueño y control de impulsos airados.

En este aspecto, la intervención terapéutica para este tipo de trastornos, comienza con el diagnóstico de tal enfermedad, pues, nada aseverará más la efectividad de un tratamiento cuando se sabe con certeza cual es la enfermedad que adolece al paciente, haciendo hincapié en que también está presente el estrés agudo como reacción a eventos desfavorables, pero que esto sólo demora un mes en generarse. Al contrario, cuando se tiene frente el Trastorno Por Estrés Postraumático, no queda más que diseñar intervenciones que vayan dirigidas hacia la disminución de los síntomas de

ansiedad y estrés, dado que, una vez sea analizados los estímulos asociados se prodrá dirigir cada técnica hacia cada síntoma.

Así mismo, los tratamientos velan por la recuperación de la salud mental del paciente con un tratamiento que dura con base en la gravedad de los síntomas, pero algo que es cierto afirmar, es que el número de sesiones varia conforme al paciente, pero con la claridad de que éste debe asistir al Psicólogo mínimamente cada ocho quince días.

Referente a lo anterior, Guerra C. & Plaza H. (2009) propone que una de las primeras técnicas que se debe implementar en la intervención terapéutica es la Psicoeducación, pues, citando a Belloso J., García B. & Prado E. (2000): “(...) consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, de manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas.” (Pág. 109) en otras palabras, se selecciona esta técnica teniendo en cuenta la relación entre la educación y la resolución de conflictos; al mismo tiempo, la información suministrada abarca los mecanismos básicos, la funcionalidad, el deterioro, la explicación de los síntomas, su alcance, los síntomas asociados, los pensamientos y las emociones negativas.

Después de todo, también está la desensibilización y reproceso por el movimiento de ojos utiliza la ansiedad con respecto al evento desfavorable para tratar un recuerdo pernicioso a través de la modificación cognitiva del evento ligadas a la inducción de los movimientos oculares y la estimulación bilateral en el paciente. Por otro lado, cuando la enfermedad requiere la intervención médica, se opta por la medicación otorgada por un Psiquiatra, puesto que, es un Especialista que combina los medicamentos con el apoyo del tratamiento psicológico.

Por otra parte, se opta por las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson, respiración diafragmática rápida o lenta, la detención del pensamiento, la meditación trascendental, la respiración tranquilizadora y la respiración purificante, son técnicas de respiración que si bien es cierto, ayudan a normalizar los estados ansiosos que se originan una vez el paciente detalla algún estímulo asociado a la vivencia perjudicial, por ello, hacer uso de éstas, incrementa la capacidad y habilidad para que el malestar pueda ser manejado en cualquier circunstancia en la que esté inmerso el sujeto.

Además las técnicas cognitivas son pilares vitales en el tratamiento psicológico cuando se habla de hacer una reestructuración cognitiva sobre las imágenes catastróficas que se adquirieron en el desastre natural, del mismo modo, se tiene por sentado que el control de pensamiento, el manejo de la culpabilidad, las respuestas de sobresalto y creencias negativas son empleadas en la medida que se desarrollan los experimentos conductuales y se incita al Paciente a entablar un dialogo socrático con el Terapeuta conforme avanza la intervención psicológica.

Ya en lo que tiene que ver con las exposiciones sucesivas ante situaciones que desequilibran la salud mental del paciente, frecuentemente se desenrollan de forma imaginaria, pues en primera medida hace que se active el miedo ante la evocación de los recuerdos adversos, para que más adelante el paciente llegue a la conclusión, de que el malestar es provocado por estímulos que estuvieron presentes en la experiencia hostil, pero que no son relevantes para seguir causando daño emocional. Continuando con esto, el fortalecimiento de las redes de apoyo facilita el proceso de afrontamiento en situaciones específicas, visto que, para el Pacientes es sustancial contar con el apoyo de familiares, pues sin esto, no es resaltada la comprensión del daño psicológico y el tratamiento terapéutico tiende a extenderse un poco, pero con los grupos de auto ayuda las necesidades del Pacientes pueden ser resueltas con esto.

En síntesis, estos son uno de las estrategias de intervención terapéuticas más conocidas en el campo clínico y utilizadas en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático, pero que, la efectividad de ello depende de la disposición que tenga el Paciente para atender a los síntomas que aquejan la salud mental, como es el caso de los participantes, ellos no ven necesario la asistencia psicológica, ya que, existen alternativas místicas como los rezos, las oraciones y las tradiciones indígenas que conforme a la costumbre, se ven necesarias para solucionar cualquier necesidad presenta. Entre tanto, aunque la enfermedad mental puede estar asociada a otros problemas, el tratamiento a la final no desaparece la enfermedad, sino que ayuda a quien lo padece a controlarlo y vivir con él, pero sin que este llegue a predominar en la vida del ser humano causando deterioros clínicamente significativos que entorpecen el crecimiento personal, social y laboral.

Propuesta.

En la siguiente indexación se agrega la propuesta que se diseñó con base en la información recolectada durante la investigación, por ende, su diseño está basado en la utilización de técnicas de respiración en pro del bienestar de los damnificados como de los familiares que conviven con ellos.

AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN DESASTRES NATURALES

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Psicólogos en Formación: Leidy Karina Fajardo

López – Jefferson Jhuniño Reyes Burgos

Directora de Investigación: Ph. D. Olga Mariela

Mogollón Canal.

Agradecimientos

A los damnificados y familiares de los fallecidos por la avalancha ocurrida en Mocoa Putumayo, el día 30 de marzo de 2017, a las 11:50 pm. A los participantes de la investigación, quienes con su colaboración favorecieron el desarrollo de este manual psicoeducativo. A nuestra Directora de Investigación Ph. D. Olga Mariela Mogollón Canal, por haber sido nuestra mentora, guía y apoyo, durante nuestro proceso de Formación como Psicólogos.

Frase célebre

“Aprendí que el coraje no era la ausencia de miedo, sino el triunfo sobre él. El valiente no es el que no siente miedo, sino el que vence ese temor.”

Nelson Mandela

Introducción

A menudo el ser humano se ha encontrado en situaciones adversas donde su inteligencia emocional e interpersonal se colocan a prueba, pero si algo es cierto, es que nunca se está preparado para afrontar algún evento hostil que marque o desequilibre su actividad mental, por este motivo, el manual psicoeducativo basado en primeros auxilios psicológicos dirige su atención hacia la tragedia que desarrollada el 30 de marzo del 2017 a las 11:50 Pm, donde la avalancha tomó la vida de un número considerable de personas que lastimosamente se encontraban habitando lugares donde este desastre natural pasó arrasando todo lo que encontraba a su paso, tal es el caso, que muchos de los sobrevivientes, percibieron cómo ésta creciente de lodo y piedras llevaba sobre sí misma personas vivas que en gritos desesperados pedían ayuda, pero, una cosa es válida afirmar, y es que ante cualquier amenaza de muerte, el ser humano coloca su vida por encima de todo, aún si esto a futuro provoca secuelas psicológicas que interrumpen la solidez mental.

Testimonio

“Estaba en la casa, mirando televisión, cuando a eso de las doce de la noche, aproximadamente, empezó a bajar agua y más agua y más agua. Cuando ya empezaron a decir que se había desbordado el río, no sabíamos que era por una avalancha, pero luego nos dimos cuenta de que, si había sido una avalancha y comenzó a llevarse las casas, a bajar árboles, a bajar carros, a bajar gente. No sabíamos para dónde coger, por un lado, o para el otro, porque todos los lados salía agua. Sentí temor, sentí miedo de mirar todo esto, cómo se llevaba las cosas de la calle, las casas, la gente. Por favor tengan en cuenta que las quebradas pequeñas se vuelven ríos, se vuelven tragedias. Puede ser aquí en el Putumayo o en cualquier parte de Colombia. Personas, bomberos, voluntarios, fuerza civil, con cualquier entidad, dar una alarma, quiero que aprendan o sepan atenderla, porque a veces no es recocha, a veces es la pura realidad.”

(tomado de: Periódico el Espectador)

1. Trastorno Por Estrés Postraumático

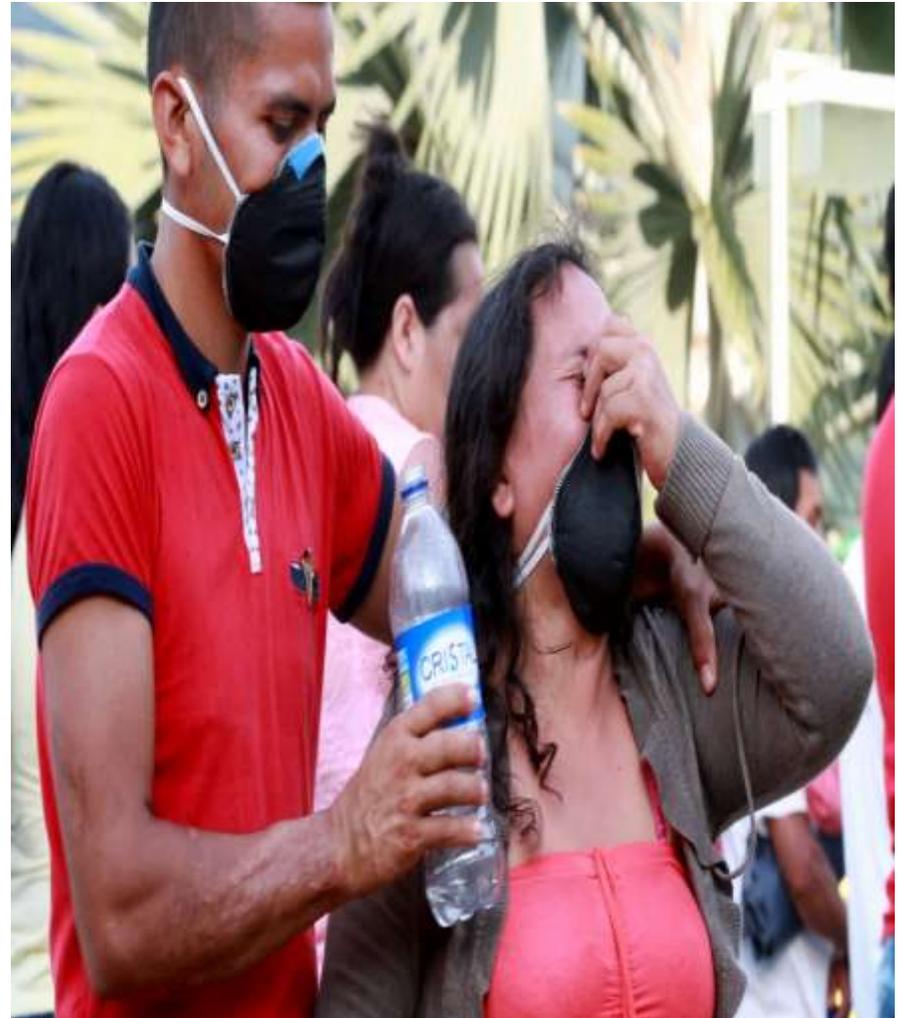
¿Qué es?



El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según Bados A. (2015) defiende que el TEPT se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumático, a lo que la persona responde con miedo, impotencia u horror intensos. (Pág. 2)

¿Quiénes lo padecen?

El National Institute of Mental Health, respalda que, a cualquier persona le puede dar el trastorno por estrés postraumático a cualquier edad. Esto incluye a los veteranos de guerra, los sobrevivientes de agresiones físicas y sexuales, maltratos, accidentes de tráfico, catástrofes, atentados terroristas, u otros acontecimientos graves. Según el Centro Nacional para el Trastorno por Estrés Postraumático, alrededor de 7 u 8 de cada 100 personas presentaran este trastorno en algún momento de sus vidas. Las mujeres son más propensas que los hombres a presentarlo.



¿Cuáles son sus principales síntomas?

La American Psychiatric Association (APA) (1980) mencionado por Tobar M. (2016) erige que el grupo de síntomas que lo componen están clasificados en tres grupos: “reexperimentación del trauma (criterio B), evitación (criterio C), que incluye síntomas de embotamiento afectivo, e hiperactivación (criterio D).” (Pág. 22),

Criterio B.



Criterio C.

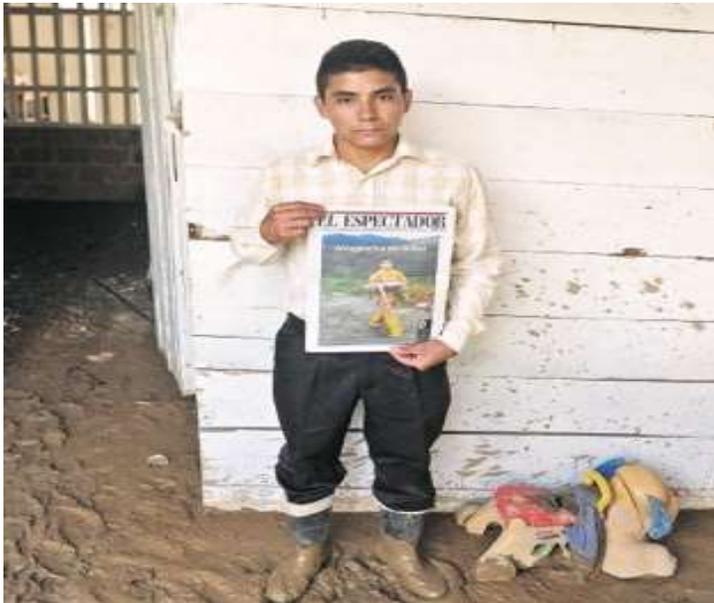


Criterio D.



¿Cómo Identificarlo?

Criterio A.



ANTES: José Luis era un agricultor que se dedicaba a sembrar plátano en una vereda cerca al municipio de Mocoa – Putumayo. José Luis vivía en el barrio San Miguel, y describía este barrio como un lugar tranquilo, donde esperaba pasar el resto de su vida al lado de sus seres queridos.

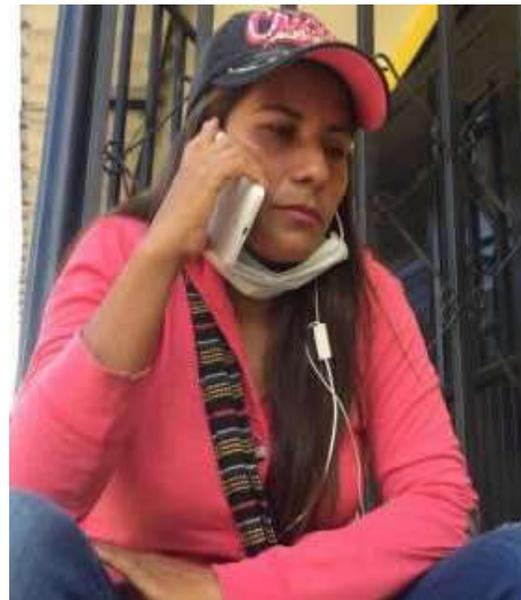


Después: José Luis experimentó y presenció una avalancha en el barrio donde vivía, suceso que fue sumamente traumático, pues observó como el agua del desastre natural comenzaba a llevarse casas, árboles y personas, entre ellos, su hijo de 16 meses. Aunque logró sobrevivir, su vida se siente incompleta.

Criterio B.



ANTES: Dolores, era una joven activa y deportista, se caracterizaba por ser comprometida con sus labores y, sobre todo, amaba el fútbol. Su infancia fue vivida en un municipio cerca de Mocoa, pero a la edad de 7 años, sus papás deciden trasladarse a Mocoa, específicamente en barrio San Miguel, es allí donde conocería nuevos amigos y personas allegadas a la familia.



DESPUÉS: Dolores, después de sobrevivir al evento hostil, Dolores tiene recuerdos angustiosos, sueños recurrentes sobre lo que experimentó en la avalancha, ocasionando que tenga un malestar psicológico que se ve reflejado en su forma de ser con las demás personas que la rodean.



Pesadillas



Repetición del suceso



Malestar psicológico



Reacciones físicas



Criterio C.



ANTES: Carmen, tiene 23 años, una de las cosas que más la caracteriza, es su forma de relacionarse con las demás personas, pues para ella, conocer personas nuevas es algo que aumenta su círculo social. Además, sus actividades favoritas, son ir al río, salir a comer, divertirse con sus amigos, estudiar y dentro de dos años, ingresar a la Universidad.



DESPUÉS: Esta es Carmen, después de contar con la oportunidad de sobrevivir en la avalancha, hoy en día, siente que no es la misma, puesto que, evita recordar cualquier pensamiento o sentimiento que tenga que ver con lo que experimentó ese día, así mismo, se disgusta cuando alguien le pregunta la razón por la cual está viva. Por último, Carmen evita a sus amigos, lugares, conversaciones y situaciones ligadas a la avalancha, pues esto le genera un malestar emocional que no desea sentir de nuevo.

Criterio D.



ANTES: Dayana es una ama de casa, que vive en el barrio San Miguel, sus vecinos la consideran una persona muy colaboradora y muy gentil. Sus pasatiempos, aparte de atender a su familia, también le gusta participar como líder comunitaria en las necesidades que se presentan en el barrio. Una última de ellas, tiene que ver con la construcción de la capilla, donde ella y todos los habitantes podrían congregarse.



DESPUÉS: Ésta es Dayana, aunque ha pasado cierto tiempo y al sobrevivir a este hecho tan lamentable, Dayana no recuerda ciertos aspectos de lo que tuvo que afrontar en la tragedia, de igual manera, afirma sentirse mal y no se siente segura en ningún lugar. Aunque, no hay ninguna responsabilidad que la vincule, si culpa a los órganos municipales por no haber atendido las señales de alerta en la zona. Para Dayana, ya no existe ninguna actividad que le genere alegría y satisfacción, sólo siente enfado, ira, miedo, incertidumbre y terror.

Criterio E.



ANTES: Lucy tiene 33 años, se desempeña como Docente en una importante institución del municipio y vive en el Barrio San Miguel de Mocoa. Su Profesión como Docente de una escuela rural, ha hecho que dedique en gran parte su vida a la enseñanza, pues para ella, esto genera una gran satisfacción al educar niños que más adelante aportaran todos sus conocimientos a la sociedad. A pesar de las circunstancias, se mantiene concentrada en su trabajo para cumplir con lo que la Institución educativa le demanda.



DESPUÉS: Lucy no contaba con que, una avalancha con tal magnitud pudiese afectar el barrio donde vivía, sin contar, que observó como el rio se llevaba la casa que habitaba y que estaba terminando de construir. Los familiares de Lucy, sienten que ella ya no es la misma, debido a que, ya no desea seguir trabajando, tiene arrebatos de furia, durante las noches se despierta cada dos horas, pues cada vez que siente que llueve, ella se despierta y no puede dormir más. Como se puede observar, lo que tuvo que vivir aquella noche, ha hecho que se mantenga desconcentrada y desorientada.

Criterio F.



Las personas que han experimentado o presenciado un hecho traumático que involucra la muerte (desastre natural, un accidente automovilístico o una guerra) pueden desarrollar el Trastorno por Estrés Postraumático, siempre y cuando la duración de los síntomas (criterio A, B, C, D Y E) que presentaron cada uno de los ejemplos que se dieron a conocer anteriormente, específicamente en la parte derecha, se desarrollan durante más de un mes.

Criterio G.



Los síntomas (criterio A, B, C, D Y E) que presentaron cada uno de los ejemplos que se dieron a conocer anteriormente, específicamente en la parte derecha, pueden afectar las actividades laborales y personales de aquellos sujetos que han experimentado un hecho extremadamente traumático. Por ende, la persona se puede mostrar desesperada, desorientada o concentrada, incluso puede haber incumplimiento de responsabilidades por parte del mismo.

Criterio H.



Los síntomas (*criterio A, B, C, D Y E*) que presentaron cada uno de los ejemplos que se dieron a conocer anteriormente, específicamente en la parte derecha no son efectos fisiológicos que se den por la ingesta de algún tipo de medicamento o sustancia psicoactiva (cannabis, alcohol, cigarrillo, estimulantes opiáceos o narcóticos)

1. Auxilios Psicológicos Generales

Damnificados

En este apartado usted podrá encontrar una serie de técnicas de respiración, que le servirán para controlar cualquier síntoma asociado al Trastorno Por Estrés Postraumático y que provoque un malestar clínicamente significativo. Cabe resaltar que, pueden ser utilizadas antes, durante y después de sentir algún síntoma que interfiera en el desarrollo de sus actividades personales.

Criterio A



Técnica: Relajación muscular progresiva de Jacobson

Tiempo: 30 a 40 minutos.

Objetivo: Hacer un recorrido por los músculos principales del cuerpo humano y relajarlos progresivamente.

Función: Durante las primeras semanas de la aplicación de la técnica, el tiempo vendrá siendo menor, una vez se domine de

Aplicación:

- Siéntese en un lugar cómodo y tranquilo, donde no exista ninguna distracción (ruidos, alarmas, personas) Cierre los ojos y asegúrese de que el cuerpo quede en una posición natural. Si se encuentra acostado deberá colocarse boca arriba, si está sentado debe apoyar las palmas de las manos en sus muslos. Por último, tiene que respirar profundamente.
- Céntrese en la mano dominante, apriete su puño y contraiga los músculos hasta el antebrazo, manteniendo la tensión unos segundos y flexionándolos, percatándose como se relajan. Haga lo mismo con la otra mano y con los bíceps, siguiendo el presente orden: mano dominante, bíceps, mano no dominante, bíceps.
- Ahora, relaje los músculos de su cara, contraiga la frente y des contráigala, haga lo mismo con la mandíbula, la cara y el cuello. Recuerde ser consciente de la sensación de la relajación que se se produce al destensar los músculos. Calcule 20 segundos antes de empezar con el siguiente músculo.
- Para finalizar, debe realizar lo mismo con el abdomen y baje hasta las piernas, comenzando por la contracción de los mulos, pasando por los gemelos (detrás de la pantorrilla) y finalizando por los pies. Tenga en cuenta que esto se debe hacer en el mismo orden, ya sea de forma ascendente o descendente.

Criterio B



Técnica: Detención del Pensamiento.

Tiempo: 20 a 30 minutos.

Objetivo: Utilizar una palabra clave que me ayude a detener los pensamientos traumáticos y angustiantes.

Función: Esta técnica evita que se produzca una sensación desagradable en nuestra vida y estado de ánimo.

Aplicación:

- Identifique los pensamientos angustiantes, molestos o traumáticos que se presentan repetidamente y que producen mayor incomodidad.
- Ubíquese en un sitio tranquilo donde pueda estar relajado o relajada. Centre su atención en el pensamiento perturbador e imagine momentos en los que suelen aparecer esta clase de pensamientos, imagínelo con los detalles que mas pueda y después pase a pensamiento normales o no traumáticos. Debe ir alternando entre los pensamientos angustiantes y los pensamientos no angustiantes, en forma de vaivén.



- El tercer paso, tiene que ver con la detención del pensamiento con la ayuda de un objeto. Para llevarla a cabo, utilice la alarma de su celular y prográmela para que suene en dos minutos. Colóquese cómodo (a) y cierre los ojos. Comienza a traer a su mente, pensamientos angustiantes o perturbadores. Cuando suene la alarma, debe decir en voz alta la palabra “¡BASTA!” y deje a la mente libre del pensamiento perturbador, concéntrese solamente en un pensamiento diferente al traumático, pero que sea bueno para usted. Mantenga la mente en blanco durante 30 segundos, si el pensamiento perturbador vuelve a aparecer, diga de nuevo “¡BASTA!”. En caso de no detener el pensamiento perturbador, elija uno menos perturbador o traumático y practíquelo antes de comenzar con los pensamientos que generan felicidad o satisfacción. Con ayuda del celular, grabará la orden “¡BASTA!” a intervalos alternos, intercalando periodos de dos minutos y treinta segundos. Ate a su muñeca un elástico, coloque la grabación y practique con ella tal y como lo hacía cuando daba la orden en voz alta, ahora, cuando oiga la orden “¡BASTA!”, tire del elástico y suéltelo. Esto ayudará a detener el pensamiento traumático, incluso en momentos donde haya personas alrededor suyo.



- Este paso tiene la función de controlar los pensamientos angustiantes sin requerir ninguna ayuda. Poco a poco, podrá sustituir la palabra clave “¡BASTA!”, mencionada en voz alta por el elástico y decir “¡BASTA!” mentalmente, (se irá bajando poco a poco el tono de la voz hasta que ya no sea necesario pronunciarlo, sino pensarlo) Cuando logre controlar el pensamiento traumático, podrá intentar controlarlo sin el elástico, solamente con la orden mental “¡BASTA!”.
- Por último, es necesario seguir buscando pensamientos buenos y positivos a un pensamiento traumático. Es decir, si existen pensamientos negativos, puede utilizar pensamiento como, sé que no soy el único o la única que tiene problemas, pero estoy en la capacidad de lograr nuevamente cosas que pude obtener antes de la avalancha. Es esencial que se sienta cómodo (a) con las frases que utilice y que sea propias de usted. Una vez sean seleccionadas varias frases para cada pensamiento traumático, sustitúyalo por uno positivo y saludable.

Criterio C



Técnica: Meditación trascendental.

Tiempo: 5 a 10 minutos.

Objetivo: Utilizar nuestra mente para que fluyan los pensamientos sin colocarle ningún tipo de atención a los mismos.

Función: Esta técnica se enfoca en que el cuerpo tome conciencia y se gestione de forma tranquila.

Aplicación:

- Debe tener total confianza en sí, creyendo que esta técnica será realmente beneficiosa para su salud mental. Disponga del tiempo que sea necesario, concéntrese en lo que hace y confié en los resultados.
- Práctiquela en un lugar libre de ruido y distracciones y cerciórese que sea un lugar donde se sienta cómodo.
- Si es de su preferencia, esta técnica puede ser acompañada de música amena y tranquila que lo ayude a relajarse.
- Respire profundamente y concéntrese en como su respiración ingresa por su nariz y es expulsada por su boca, mientras piensa que cada vez que lo hace su cuerpo comienza a regenerarse. Disfrute de esta técnica, hasta que su mente poco a poco ella comience a colocarse en blanco.



- Cuando sienta que se cuerpo está totalmente relajado, visualice lo que más anhela y lo que desea obtener en algún futuro, hágalo a través de imágenes mentales, pero, con el cuerpo totalmente relajado, dedique su pensamiento plenamente en lo que anhela.
- Utilice la autogestión, pues, es una forma de decirle al cuerpo que se encuentra en la capacidad de lograr lo que desea y que ésta preparado (a) para afrontar cualquier reto. Cabe resaltar, que surgirán sensaciones y experimentar que físicamente está cerca de sus objetivos, lo cual lo preparará para actuar en cada día.

Criterio D



Técnica: Respiración tranquilizadora

Tiempo: 5 a 10 minutos.

Objetivo: Hacer uso de la respiración diafragmática de forma rápida en el momento que exista alguna tensión, emoción desagradable o pensamiento traumático.

Función: Inhibir cualquier estado angustiante.

Aplicación:

- Ubíquese en un lugar cómodo, manteniendo la espalda erguida. Expulse todo el aire que se encuentre en sus pulmones solamente por la nariz, coloque una mano en su pecho y otra en el abdomen, y respire profundamente.
- Intente dirigir todo el aire que inhala por la nariz hacia el abdomen, percatándose como la mano ubicada allí, se desplazada hacia arriba, mientras que la mano que está en el pecho se queda quieta.
- Mantenga el aire unos segundos hasta que el cuerpo le pida expulsarlo, hágalo de forma lenta, vaciando el abdomen y notando como es expulsado el aire por la nariz. Mantenga sus pulmones vacíos y vuelva a inhalar nuevamente el aire hacia el vientre. Recuerde que este ejercicio se debe desarrollar durante cinco a 10 minutos.



- En este paso, recuerde hacer esta inhalación de forma rápida y profunda, mientras que la exhalación debe hacer lenta, pero profunda por la boca, en ambas fases se puede haber una retención de aire en los pulmones.
- Este ejercicio se puede realizar antes de dormir, después de realizar tareas agotadoras, situaciones que involucran mucha activación física, al iniciar las sesiones de relajación.
- En última instancia, se recuerda que usted puede hacer uso de la visualización mental, donde evoque imágenes agradables para la mente. Al finalizar y realizar de forma secuencial, podrá dominar la respiración en circunstancias que emanan sentimientos negativos y sensaciones desagradables.

Criterio E



Técnica: Respiración purificante

Tiempo: 10 a 15 minutos.

Objetivo: Estimular y tonificar el sistema respiratorio en función de equilibrar la mente y el cuerpo.

Función: Inhibir cualquier estado traumático.

Aplicación:

- Comience por colocarse cómodo, ya sea de pie o sentado.
- Ahora, opte respirar por la nariz.
- Al inhalar llene primero las partes bajas de los pulmones, el diafragma ira presionando su abdomen hacia fuera, para permitir el paso del aire.
- Llene la parte media de los pulmones en lo que la parte inferior del tórax y las costillas empiezan a expandir pausadamente para acomodar el aire en su interior.
- En este instante, debe llenar la parte superior de los pulmones mientras eleva ligeramente el pecho y lleve el abdomen hacia dentro.



- Intente mantener la respiración unos pocos segundos.
- Cuando exhale, hágalo lentamente con el propósito de llevar el abdomen hacia adentro ligeramente y levántelo suavemente a medida que los pulmones se vayan vaciando. Cuando haya realizado la exhalación completa relaje el abdomen y el tórax
- Traste mantener la inhalación de aire unos pocos segundos.
- Ahora, forme con los labios un pequeño agujero y expulse un poco de aire, pero, con poca fuerza, como si estuviese soplando un fogón.
- Deténgase un momento y luego vuelva a expulsar un poco más de aire en pequeños y fuertes soplidos.

Expectantes o Familiares

En este apartado usted como familiar podrá encontrar una serie de técnicas de respiración, que podrá utilizar para que la persona que presenta los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático pueda controlarlos, visto que, esto provoca un malestar clínicamente significativo. Por ende, es importante que lea con detenimiento cada una de las instrucciones que se encuentran en el siguiente apartado.

Criterio A



Técnica: Relajación muscular progresiva de Jacobson

Tiempo: 10 a 20 minutos.

Objetivo: Estimular los grupos musculares del cuerpo humano y relajarlos secuencialmente,

Función: Disminuir el estrés e impacto emocional.

Aplicación:

- Haga que la persona se siente o se recueste en un lugar donde se sienta cómodo y tranquilo, libre de distracciones.
- La persona debe cerrar los ojos y haga que el cuerpo de la persona quede en una posición natural.
- En caso de que la persona se encuentre recostada, debe asegurarse que él o ella se coloque boca arriba, y si está sentado, sugiérale que apoye las palmas de las manos en los muslos.
- Ahora, él debe respirar profundamente.
- Infórmele a la persona que se centre en la mano dominante, apriete el puño y que contraiga los músculos hasta el antebrazo, manteniendo la tensión unos segundos y que los flexione, de tal modo que pueda sentir como los músculos comienzan a relajarse.
- Para este momento, verifique que la persona haga lo mismo con la otra mano y con los bíceps siguiendo este orden: mano dominante, bíceps, mano no dominante, bíceps.
- A continuación, la persona debe pasar a relajar los músculos faciales, contrayendo los de la frente y des contrayendo; él o ella debe hacer lo mismo con la mandíbula, la cara y el cuello.
- Recuerde que él debe estar consciente de la sensación de relajación que se produce al destensar los músculos.
- Contabilice 20 segundos de espacio antes de que empiece con el siguiente músculo.
- Ahora la persona debe realizar el mismo procedimiento con el abdomen y baja hasta las piernas, empezando por la contracción de los muslos, pasando por los gemelos y acabando por los pies.
- Es importante que siempre se realice el mismo orden, que puede ser tanto ascendente como descendente.

Criterio B



Técnica: Control del Pensamiento.

Tiempo: 20 a 30 minutos.

Objetivo: Utilizar una palabra clave que me ayude a detener los pensamientos traumáticos y angustiantes.

Función: Esta técnica evita que se produzca una sensación desagradable en nuestra vida y estado de ánimo.

Aplicación:

- La persona debe identificar los pensamientos angustiantes, molestos o traumáticos que se presentan repetidamente y que producen mayor incomodidad.
- Verifique que la persona está en un sitio tranquilo donde pueda estar relajado o relajada. Pues tiene que centrar su atención en el pensamiento perturbador e imaginar momentos en los que suelen aparecer esta clase de pensamientos, imagínelo con los detalles que más pueda y después pasar a pensamiento normales o no traumáticos. Él o ella deben ir alternando entre los pensamientos angustiantes y los pensamientos no angustiantes, en forma de vaivén.

- El tercer paso, tiene que ver con la detención del pensamiento con la ayuda de un objeto. Para llevarla a cabo, la persona debe utilizar la alarma de su celular y programarla para que suene en dos minutos. Colóquese cómodo (a) y cierre los ojos. Para esto, comienzan a traer a su mente, pensamientos angustiantes o perturbadores. Cuando suene la alarma, debe decir en voz alta la palabra “¡BASTA!” y deje a la mente libre del pensamiento perturbador, concéntrese solamente en un pensamiento diferente al traumático, pero que sea bueno para usted. Mantenga la mente en blanco durante 30 segundos, si el pensamiento perturbador vuelve a aparecer, diga de nuevo “¡BASTA!” En caso de no detener el pensamiento perturbador, elija uno menos perturbador o traumático y practíquelo antes de comenzar con los pensamientos que generan felicidad o satisfacción. Con ayuda del celular, grabará la orden “¡BASTA!” a intervalos alternos, intercalando periodos de dos minutos y treinta segundos. Ate a su muñeca un elástico, coloque la grabación y practique con ella tal y como lo hacía cuando daba la orden en voz alta, ahora, cuando oiga la orden “¡BASTA!”, tire del elástico y suéltelo. Esto ayudará a detener el pensamiento traumático, incluso en momentos donde haya personas alrededor suyo.





- Este paso tiene la función de controlar los pensamientos angustiantes sin requerir ninguna ayuda. Poco a poco, podrá sustituir la palabra clave “¡BASTA!”, mencionada en voz alta por el elástico y decir “¡BASTA!” mentalmente, (se irá bajando poco a poco el tono de la voz hasta que ya no sea necesario pronunciarlo, sino pensarlo) Cuando logre controlar el pensamiento traumático, podrá intentar controlarlo sin el elástico, solamente con la orden mental “¡BASTA!”.
- Por último, es necesario que sigan buscando pensamientos buenos y positivos a un pensamiento traumático. Es decir, si existen pensamientos negativos, puede utilizar pensamiento como, sé que no soy el único o la única que tiene problemas, pero estoy en la capacidad de lograr nuevamente cosas que pude obtener antes de la avalancha. Es esencial que se sienta cómodo (a) con las frases que utilice y que sea propias de usted. Una vez sean seleccionadas varias frases para cada pensamiento traumático, sustitúyalo por uno positivo y saludable.

Criterio C



Técnica: Respiración profunda diafragmática.

Tiempo: 10 a 25 minutos.

Objetivo: Hacer uso de la respiración diafragmática para que el oxígeno inunde adecuadamente el organismo.

Función: Esta técnica intenta disminuir la ansiedad.

Aplicación:

- La persona debe sentarse en un lugar cómodo, manteniendo la espalda erguida.
- Debe expulsar todo el aire que haya en sus pulmones y, con una mano colocada en el pecho y otra en el abdomen, respirar profundamente.
- Para que la respiración sea diafragmática, tiene que intentar dirigir el aire que inhala hacia el abdomen, notando como esta mano se desplaza ligeramente hacia arriba, mientras que la mano es colocada en el pecho queda quieta.
- Hay que mantener el aire unos segundos hasta que el organismo te pida expulsarlo.
- Se debe hacer de manera lenta, vaciando el abdomen y notando como expulsas el aire por la boca.
- Mantener unos segundos los pulmones vacíos y vuelve a inspirar profundamente, llevando el aire hacia el vientre.
- Repetir este proceso durante 5 minutos.

Criterio D



Técnica: Respiración autógeno de Schultz

Tiempo: 10 a 15 minutos.

Objetivo: Ejercitar la mente y el cuerpo con el fin de dominar la tensión y ansiedad que provocan los estímulos asociados al evento.

Función: El éxito de ello depende, de la concentración de la persona afectada.

Recomendaciones:

- **CONTROL DE CONDICIONES AMBIETALES:** Contar con un lugar tranquilo, una luz tenue y una temperatura media.
- **CONDICIONES DEL SUJETO:** Evitar molestias en la ropa, dado que no deben apretar o abrigar demasiado.
- **POSTURA ADECUADA:** Es necesario estar tumbado, sentado y no con postura de cochero.
- **OJOS CERRADOS**
- **SINTONIZACION DE REPOSO:** La persona debe repetir cada frase, tratando de vivenciar la frase “estoy completamente tranquilo “varias veces a fin de inducir la vivencia de reposo.



EJERCICIO 1. PESO: El sujeto debe repetir la frase “el brazo derecho me pesa mucho” (alternándola con la anterior,” estoy completamente tranquilo”). No hay que mover el brazo, solo pensar ayudándose de imágenes visuales o auditivas. Después se pasa a la sensación de peso en los demás miembros y por fin todo el cuerpo. El ejercicio facilita la relajación muscular.

EJERCICIO 2. CALOR: Repetir “el brazo derecho está caliente “(alternando con las dos frases anteriores). Después se generará la sensación de calor en los restantes miembros y por ultimo a todo el cuerpo. El ejercicio facilita la relajación vascular.

EJERCICIO 3. REGULACIÓN CARDIACA: Apoyar la mano sobre la zona del corazón para ayudar a concentrarse en esa zona y repetirse “el corazón me late tranquilo y fuerte, alterando con las frases anteriores. No sé de tratar de identificar el ritmo cardiaco.

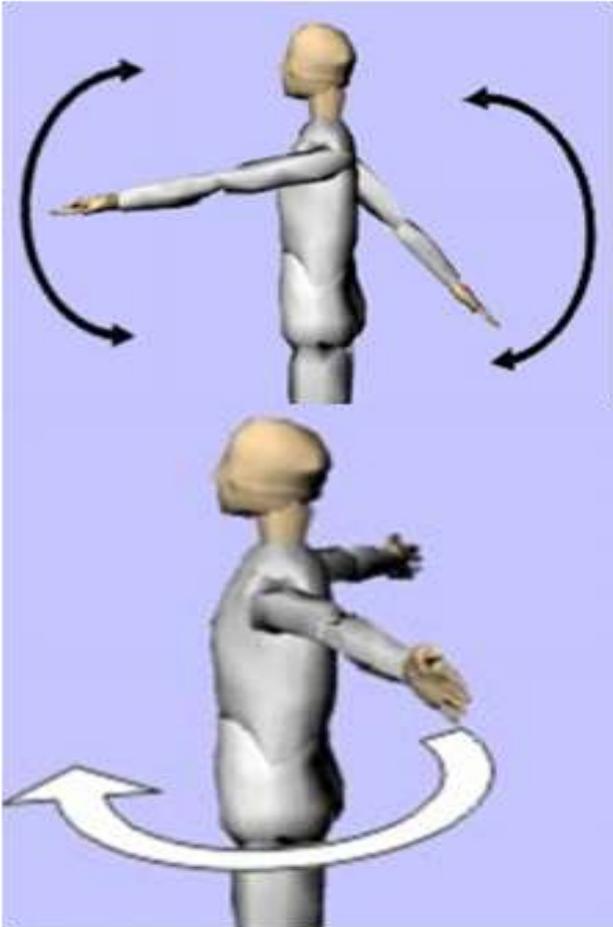
EJERCICIO 4. REGULACION RESPIRATORIA: Abandonarse así mismo Sin Tratar De Forzar Cambios respiratorios a la vez que repiten las siguientes frases: “la respiración es tranquila”, “algo respira en mi”, alternando con las frases anteriores. La tranquilidad de la respiración debe resultar como consecuencia de la sintonización de rasposo.



EJERCICIO 5. REGULACIÓN DE LOS ÓRGANOS ABDOMINALES: Concentrarse en el nudo nervioso más importante, el plexo solar (zona medio camino entre el ombligo y el esternón) repitiéndose la siguiente frase: “el plexo solar irradia calor”, alternando con las frases anteriores.

EJERCICIO 6. REGULACION DE LA REGION CEFÀLICA. El objetivo es que no se produzca una relajación vascular excesiva en la cabeza, repitiéndose la frase “la frente agradablemente fresca” una vez dominados los ejercicios anteriores, la persona pasa a inducirse en el ciclo completo repitiéndose y tratando de vivenciar todas las frases anteriormente indicadas: “estoy completamente tranquilo” “el cuerpo me pesa mucho”, “el cuerpo está caliente”, “el corazón me late tranquilo y fuerte”, “la respiración es tranquila”, “algo respira en mi”, “el plexo solar irradia calor”, “la frente está agradablemente fresca”.

Criterio E



Técnica: El molino

Tiempo: 5 a 10 minutos.

Objetivo: Aplicar una técnica de relajación a personas que manejan una carga laboral extenuante.

Función: Esta técnica aplica para personas que sufren de estrés.

Aplicación:

- Póngase de pie y estire los brazos hacia delante.
- Inspire y mantenga una respiración completa.
- Haga girar los brazos hacia atrás varias veces describiendo un círculo, y hágalo luego en dirección contraria. Para variar, intente moverlo alternativamente como si se tratara de un molino de viento.
- Expire con fuerza por la boca.
- Practique unas cuantas respiraciones purificantes. 6.-Repita este ejercicio cuantas veces lo desee.

2. ¿Por qué es Esencial Asistir al Psicólogo

¿Qué es la Psicología?



Para Morris C. Y Maisto A. (2005) la Psicología se define como: “la ciencia de la conducta y los procesos mentales” (Pág. 4) en otras palabras, la Psicología es una ciencia que aparte de estudiar los procesos mentales, también se encarga de profundizar en las sensaciones, percepciones y los comportamientos que desarrolla el ser humano en función del ambiente físico y social que rodea al mismo.

Campos de Acción de la Psicología



La Psicología es una ciencia que puede ser aplicada en diferentes campos del conocimiento y con diferente enfoque, por ende, para que haya una mejor comprensión, la información que encontrará a continuación será breve y exacta, requiriendo los conceptos de Morris C. Y Maisto A. (2005) encontrados en el libro *Introducción a la Psicología*

Psicología del desarrollo Los psicólogos del desarrollo estudian el crecimiento humano mental y físico desde el periodo prenatal hasta la niñez, adolescencia, adultez y vejez.



Psicología clínica y consejería Cuando se le pide que describa a un “psicólogo”, mucha gente piensa en un terapeuta que ve a pacientes (o “clientes”) en su consultorio, una clínica o un hospital.



Neurociencia y psicología fisiológica Los *psicofisiólogos* y los *neurocientíficos* investigan las bases biológicas de la conducta, los pensamientos y las emociones humanas.





Psicología de la personalidad Los psicólogos de la personalidad estudian las diferencias entre los individuos en rasgos como la ansiedad, la sociabilidad, la autoestima, la necesidad de logro y la agresividad.



Psicología industrial y organizacional (I/O) Los psicólogos industriales y organizacionales (I/O) se interesan en problemas prácticos como la selección y capacitación de personal, el mejoramiento de la productividad y las condiciones de trabajo, y el impacto de las computadoras y la automatización en los trabajadores.



Psicología social Los psicólogos sociales estudian la forma en que la gente se influye entre sí

¿Cómo asistir al Psicólogo?

1

Diríjase hacia el Hospital José María Hernández u otra Institución Prestadora de Salud (IPS), allí solicitará una cita con el médico

2

Una vez asignada su cita médica, se someterá al proceso de evaluación por parte del Profesional, allí referirá los síntomas que aquejan su salud física y mental.

3

Para este elemento, usted deberá acercarse a Institución Prestadora de Salud (IPS) para que le sea autorizada su cita psicológica, con cualquiera de los Profesionales de la Salud mental que se encuentre en el municipio donde se encuentra

4

Una vez sea obtenida su cita con el Psicólogo, deberá asistir puntualmente al sitio donde fue solicitado y someterse a una evaluación psicológica.

5

Por último, el éxito de esta ruta de atención se cumple siempre y cuando, usted sienta el deseo y la voluntad de mejorar su calidad de vida mediante la intervención terapéutica de un Psicólogo.

Psicólogo Clínico

Las funciones del Psicólogo según Amorós V. (1980) se deben a: “el diagnóstico, tratamiento e investigación de los problemas que se refieren al comportamiento humano (...) y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever cual será su comportamiento y (...) encontrar el medio de modificar la conducta” (Pág. 363), en vista de lo anterior, a continuación se expone las funciones principales del Psicólogo clínico, con el ánimo de que pueda entender la razón de ser de los Profesionales de la Salud mental.



1

Evaluación

El Psicólogo clínico se encarga de reunir información relacionada a la conducta, pensamiento o sentimiento.

4

Diagnóstico

El Psicólogo clínico reconocer los problemas en el comportamiento, la parte cognitiva, las emociones y las relaciones interpersonales del mismo.

2

Tratamiento e Intervención

El Psicólogo clínico brinda intervenciones clínicas individual o grupalmente, con el fin de comprender, aliviar e tratar los trastornos mentales, emocionales,

7

Enseñanza y Supervisión

El Psicólogo clínico se dedica a la enseñanza y formación universitaria.

5

Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace

El Psicólogo clínico orienta y proporciona una serie de herramientas y técnicas terapéuticas en función de las necesidades que aquejan al paciente.

3

Prevención y Promoción de la Salud

El Psicólogo clínico desarrolla funciones preventivas y promotoras de salud mental comprender, aliviar e tratar los trastornos mentales, emocionales, conductuales y preocupaciones.

6

Investigación

El Psicólogo clínico desde su formación intenta investigar temas relacionados a las enfermedades mentales que se encuentran inmersos en la sociedad.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Washington, DC: APA.
- Amoros V. (1980) *Acerca del psicólogo clínico*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 12, núm. 2, 1980, pp. 363-369 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia. Recuperado el 12 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80512213.pdf>
- Cia A. (2001). *Trastorno por estrés postraumático: Diagnóstico y tratamiento integrado*. Buenos Aires: Imaginador
- Guerra C. & Plaza H. (2009) *Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil*. Revista de Psicología, Vol. XVIII, N. 1. Universidad de Chile. Santiago de Chile. ISSN 0716-8039. Recuperado el 12 de mayo de 2018. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26419221005>>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Morris C. Y Maisto A. (2005) *Introducción a la Psicología*. Duodécima edición. Pearson Educación. México. ISBN: 970-26-0646-2. Área bachillerato. Recuperado el 10 de febrero de 2018. Disponible en: <https://cucjonline.com/biblioteca/files/original/86ac7ac5dc9cd7757787b9aaad6cad57.pdf>
- Rodríguez T., García C. Cruz R. (2005) *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*. MediSur, vol. 3, núm. 3, 2005, pp. 55-70
Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training*. Thieme: Leipzig.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479): 32
- Tobar M. (2016) *Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2016 en Chile*. Tesis Doctoral. Facultad De Psicología Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad Complutense Madrid. Recuperado el 17 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38827/>

Referencias Bibliográficas.

- AACAP (2010). *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder.*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(4), 414-430.
- Abeldaño R. & Fernández R. (2016). *Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 431-442. Recuperado el 13 de marzo de 2018. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.17502014>
- Alexander D. (1990) *Psychological intervention for victims and helpers after disasters.* Br J Gen Pract. Pag. 40(337):345-8.
- Amador M. (1994) *Taller de experiencias en red. Un modelo para comenzar a actuar en acción salud.* Santafé de Bogotá: Red de atención primaria en salud.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed. texto revisado, DSM-V-TR). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Armenian, H., Morikawa, M., Melkonian, A., Hovanesian, A., Haroutunian, N., Saigh, R, Akiskal, K., & Akiskal, H. (2000). *Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: Implications for policy* Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, 58-64.
- Balojan I, Chia E, Cornejo C. & Paverini C. (2007) *Estrategias y técnicas de intervención. En: Intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: guía para el primer apoyo psicológico.* Chile: Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior

- (ONEMI); 2007 [Citado 18 jun 2016]. Disponible en: http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur2/gestion/documentos/2-intervencion_psicosocial.pdf
- Barra, E. (2004). *Apoyo social, estrés y salud*. Psicología y Salud, 14, 237-243.
- Barreiro T. & McIntyre L. (2015) *Trastorno de estrés postraumático*. En: Papadakos PJ, Gestring ML (eds) *Encyclopedia of Trauma Care*. Springer, Berlín, Heidelberg. Recuperado el 19 de noviembre del 2017 en: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-29613-0_601#CR16217
- Belén I. & Paz E. (2012). *Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales*. *Terapia psicológica*, 30(3), 7-18. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-4808201200030>
- Belloso J., García B. & Prado E. (2000). *Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 20(73), 23-40.
- Berrios G. & Fuentenebro F. (1996) *Delirio*. Valladolid: Trotta.
- Blake D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek D., Klauminzer G., Charney D. & Keane T. (1990) *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1*. *Behavior Therapist*; 13: 187-8.
- Bobes J., Calcedo A., García M., François M., Rico E., González M., Bascarán M. & Bousoño M. (2000) *Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático*. *Actas Esp Psiquiatr*; 28(4): 207-18.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Poisson, L. M., Schultz, L. R., & Lucia, V. C. (2004). *Estimating post-traumatic stress disorder in the community: Lifetime perspective and the impact of typical traumatic events*. *Psychological Medicine*, 34, 889 – 898.

- Brewin, C, Andrews, B., & Valentine, J. (2000). *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bruno R. (1987) *Atención en salud mental para víctimas de desastres actividades desarrolladas en Armero, Colombia*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Trabajo de investigación que recibió Premio Acta 1987. Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia. Recuperado el 24 de octubre del 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17835/v104n6p593.pdf?sequence=1>
- Bruno R. (1987) *Atención en Salud Mental para Víctimas de Desastres, Actividades Desarrolladas en Armero*. Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental. Escuelas de Medicina y Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, y Julio Lozano y Hernán Santacruz, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana. Bogotá. El trabajo de investigación descrito en este artículo recibió el Premio ACTA 1987, patrocinado por el Fondo ACTA para la Salud Mental, de Buenos Aires, que se otorga anualmente al mejor trabajo hecho en América Latina en el área de la psiquiatría y la salud mental. Universidad Javeriana, Bogotá – Colombia. Recuperado el 17 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17835/v104n6p593.pdf?sequence=1>
- Capacci A. & Mangano S. (2015). *Las catástrofes naturales*. Cuadernos de Geografía - Revista Colombiana de Geografía, 24(2), 35-51. <https://dx.doi.org/10.15446/rcdg.v24n2.50206>
- Caro F., García M. & Bezunartea O. (2014) *La metodología mixta de investigación aplicada a la perspectiva de género en la prensa escrita*. *Palabra Clave* 17 (3), 828-853. DOI: 10.5294/pacla.2014.17.3.11. Recuperado el 10 de agosto de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64931834010>
- Carvajal C. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007) *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra: IASC.
- Creamer M. (2000). *Posttraumatic stress disorder following violence and aggression*. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 431-449.
- Crespo M. & Gómez M, (2012) *La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)*. *Accésit de la XVIII edició del Premio de Psicologia Aplicada "Rafael Burgaleta" 2011*. Clínica y Salud [en línea] 2012, 23 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 29 de marzo de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180623381002>> ISSN 1130-5274
- Chávez S. (2014) *Crisis estrés y Trauma en emergencias y desastres*. *Intervención en crisis*. Tomado del blog, Disponible en: <http://abordajeenemergenciasydesasrtes.blogspot.com/>
- Davidson J., Book S., Colket J., Tupler L., Roth S., David D., Hertzberg M., Mellman T., Beckham J., Smith R., Davison R., Katz R. & Feldman M. (1997) *Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder*. *Psychol Med*; 27: 153-60.
- De Nicolás L. (1997) *Después de desastres... ¿qué?* *Papeles del Psicólogo*. 69,51-58.
- Desviat M. (2010). *Síntoma, signo e imaginario social*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 125-133. Recuperado en 16 de noviembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100007&lng=es&tlng=es.
- Díaz L.,Torruco U., Martínez M. & Varela M. (2013) *La entrevista, recurso flexible y dinámico* *Investigación en Educación Médica*, vol. 2, núm. 7, julio-septiembre, 2013, pp. 162-167 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Díaz P. & Niño S. (2012) *Relación Entre Estrategias De Afrontamiento, Percepción De Redes De Apoyo Y Niveles De Severidad De Los Síntomas En Estrés Post Traumático, En La Poblacion De Adultos En Condición De Desplazamiento*. Universidad la Sabana. Recuperado el 15 de octubre del 2017. Disponible en:

<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4258/131167.pdf?sequence=1>

- Ehrenreich J. (1999) *Enfrentando el desastre. Una Guía para la intervención psicosocial*. Washington: Trabajadores en Salud Mental sin Fronteras; 1999.
- Ehrenreich J. (1999) *Técnicas de intervención psicosocial. En: Enfrentando el desastre. Una guía para la atención psicosocial*. New York: SUNY; 1999. [Citado 20 Jun 2016]. p.45-62. Disponible en: <http://www.mobbing.nu/Enfrentandoeldesastre.pdf>
- Ekman P. (2003). Darwin, deception, and facial expression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1000, 205-221.
- Escudero J.(2008) *Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático)*. Rev Colomb Psiqu. 2008 [Citado 30Jun 2016] 37(suppl):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a16.pdf>
- Espinosa B. (2008) *Los desastres naturales y la sociedad*. Rev Méd Electron [Internet]; [Citado 10 jun 2016] 30(4):[aprox. 11p.].Disponible en<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema10.htm>
- Estrategia Internacional de Reducción de Desastres (EIRD) (2001) *Lecciones aprendidas de los terremotos del 2001 en El Salvador*. Organización Panamericana de la Salud (OPS), República de El Salvador. . San Salvador: EIRD, OPS.
- Eysenck H. & Eysenck S.(1968) *Eysenck Personality Inventory*. Educational Testing Service, San Diego.
- Fernández J. (2006) *Apoyo Psicológico en situaciones de emergencia*. Ediciones Pirámide. ISB: 84-368-1932-2. Impreso en Lavel, S.A. Printed Spain.
- Figley, C. (1978) *Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans*. *Military Medicine*, 143(2), 107-110.

- Flick U. (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata Paideia. p. 89-109.
- Flores E. (2009). Salud mental positiva. Recuperado de <http://www.logoforo.com/salud-mental-positiva>
- García F. & Mardones R. (2010). *Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa*. *Terapia psicológica*, 28(1), 85-93. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100008>
- García N. & Quiroga S. (2013) *Reacciones Psicológicas en los adultos tempranos de Gramalote, Víctimas del Desastre Natural del Año 2010 Resiliencia vs Trauma*. Base de datos del Programa de Psicología. Universidad de Pamplona, Departamento de Psicología. Sede Villa del Rosario.
- García, Felipe E, & Mardones, Rodrigo. (2010). *Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa*. *Terapia psicológica*, 28(1), 85-93. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100008>
- Guelmes Valdés, Esperanza Lucía, & Nieto Almeida, Lázaro Emilio. (2015). *Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano*. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(1), 23-29. Recuperado en 14 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202015000100004&lng=es&tlng=es.
- Guevara J. & Martínez G. (2004) *Impacto del Conflicto Armado en el Desarrollo Sintomatológico del Trastorno de Estrés Postraumático en Soldados de la Compañía Atacador del Grupo Mecanizado Maza No5 que manifiestan su primera crisis*.
- Guzmán M., Padrós F., Arocena F. & García T. (2015) *Intervenciones Psicológicas Basadas En La Evidencia Para El Trastorno Por Estrés Postraumático*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF. Recuperado el 12 de abril del 2017. Disponible en:

- <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num3/Vol18No3Art15.pdf>
- Healthology Inc, (2002) *Challenges of Coping with trauma*. Disponible en: <http://abcnews.go.com/selections/living/healthology/trauma-coping.html>
- Henao D. (1998) *comunicación y redes sociales*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández R., Fernández C., Baptista M., Méndez S. & Mendoza C. (2014) *Metodología de la Investigación Sexta Edición*. ISBN: 978-1-4562-2396-0. DERECHOS RESERVADOS © 2014, respecto a la sexta edición por MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.México D.F.
- Herndon A. & Law J. (1985) *Post-traumatic stress and the family: A multimethod approach to counseling*. In C. R Figley (ed) *Trauma and its wake: Vol.II the study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 264-280) New York: Brunner/Mazel.
- Horowitz M., Wilner N. & Alvarez W. (1979) Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*; 41: 209-18.
- Instituto de Defensa Civil del Perú (INDECI) (2009) *Lecciones aprendidas del sur: Sismo de Pisco, 15 agosto 2007*. Lima: INDECI.
- Jiménez S. (2017) *Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas*. Departamento de Enfermería. Universidad de Girona. España. Recuperado el 12 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/406045>
- Kaplan R. & Toshima M.(1990). *Los efectos funcionales de las relaciones sociales en enfermedades crónicas y discapacidad*. En BR Sarason, IG Sarason, y GR Pierce (Eds.), *Serie de Wiley sobre procesos de personalidad. Apoyo social: una visión interaccional* (pp. 427-453). Oxford, Inglaterra: John Wiley & Sons. Recuperado el 20 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1990-97699-016>

- Kessler R., Aguilar S., Alonso J., Chatterji S., Lee S. & Ustun T. (2009a) *The WHO World Mental Health (WMH) surveys*. *Psychiatrie (Stuttg)* 6:5–9
- Kotliarenco M., Cáceres I. & Fontecilla M. (1997) *Estado de arte en resiliencia*. Washington (DC): OPS/OMS.
- Loubat M., Fernández A. & Morales M. (2010) *La Experiencia de Peralillo: Una Intervención Psicológica para el Estado de Emergencia*. *Revista Sociedad chilena de psicología clínica. Terapia psicológica* 2010; 28(2):203-207.
- Marín H. (2011) *Modelo de apoyo psicosocial en emergencias, desastres y catástrofes intervenciones psicosociales en el terremoto y rescate minero, Chile 2010. Memoria de conferencia dictada en congreso internacional de salud ambiental ocupacional*. Barranquilla: Uninorte; 2011.
- Minardi C. & Paoli M. (2002) *Influencia del sexo, edad, nivel socioeconómico y apoyo social sobre los niveles de estrés postraumático en personas afectadas por las inundaciones del Estado Vargas en diciembre de 1999*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Mitchell J. (1983) *When disaster strikes. the critical incident stress debriefing process*. *JEMS*. 1983;8(1):36-9.
- Mitcherll J. y Everly G. (1996) *Critical Incident Stress Debriefing*. Chevron Publishing CO. MD. USA.
- Noronha M., Cardoso P., Moraes T. & Centa M. (2009) *Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?*. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(2):497-506. DOI:10.1590/S1413-81232009000200018
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) *Terremotos en El Salvador 2001*. Washington: OPS. Crónicas de desastres N° 11.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) *Preparativos de salud para situaciones de desastres. Guía de preparativos de salud frente a erupciones volcánicas*. Quito: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (2010) Ministerio de Salud de Chile. *Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: crónica de una experiencia*. Santiago de Chile: OPS, CRID.
- Osorio C. & Díaz V. (2012) *Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural*. Universidad de Antioquía. Medellín, Antioquía. Recuperado el 18 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v4n2/v4n2a05.pdf>
- Osorio C. & Díaz V. (2012) *Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural*. *Rev Psicología de la Universidad de Antioquia* 2012; 4(2):65-84.
- Osorio C. & Díaz V. (2012). *Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(2), 65-84. Recuperada el 26 de noviembre de 2017, Recuperado el 30 de octubre del 2017. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000200005&lng=pt&tlng=es.
- Osorio C. & Facio L. (2012) *Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastres por fenómeno natural*. *Rev Psicol Univ Antioquia* [Internet].2012 [Citado 12 jun 2016]; 4(2): [aprox. 30p.]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000200005
- Pérez J. (2013): *Intervención psicosocial en situaciones de emergencia*. 2013 [Internet]. Disponible en: <http://docplayer.es/12219401-Debriefing-intervencion-psicosocialen-situaciones-de-emergencia.html>
- Pérez J. (2013). *Debriefing: Intervención psicosocial en situaciones de emergencia*. [Internet]. Disponible en: <http://docplayer.es/12219401-Debriefing-intervencion-psicosocialen-situaciones-de-emergencia.html>
- Placanica A. 1985. *Il filosofo e la catastrofe: un terremoto del Settecento*. Torino: Einaudi.
- Polo J., Zambrano M., Muñoz A. & Velilla, J. (2016) *Inteligencia emocional y percepción de las emociones básicas como un probable factor contribuyente al mejoramiento del*

- rendimiento en las ventas: Una investigación teórica*. Universitas Psychologica, 15(2), 73-86. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.iepe>
- Prewitt J. (2001) *Primeros auxilios psicológicos*. Ciudad de Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica.
- Prieto R., Correa G., Martínez I. & Rasua A. (2016) *Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el abordaje psicosocial en situaciones de emergencia y desastres*. Revista de Información Científica [Internet]. 2016 [citado 2017 Nov 24];95(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/75>
- Ramos A. (2010) *Elaborar y analizar psicométricamente el cuestionario de eventos traumático-Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello*. Trabajo de Investigación. Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación. Caracas. Recuperado el 23 de octubre del 2017. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR9289.pdf>
- Raphael B & Wilson J. (2000) editors. *Psychological debriefing: theory, practice, and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000
- Real Academia Española (2017) consultado el 01 de noviembre del. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XkVu3Bs>
- Real Academia Española (2017) consultado el 01 de noviembre del. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=IQkf76l>
- República Dominicana. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (2010) *Apoyo psicosocial a población haitiana desplazada posterior al terremoto del 12 de enero del 2010*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana.
- Ruiz A. (2003) *Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres* [Internet]. [citado 4 Jul 2016]. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/orientaciones_para_el_adecuado_manejo_de_los_aspectos_psicologicos_y_sociales_en_emergencias_y_desastres.pdf

- Sánchez L. (2003) *La tragedia de Vargas: Dos experiencias universitarias en la comunidad*. Rev Acta Científica Venezolana. 54(1):98-105.
- Santacruz C., Medina E. & Santacruz H. (2003) *Capacitación en salud mental. Manual de apoyo y guía de procedimientos*. Bogotá: Ministerio de Protección social de Colombia.
- Santacruz J. (2008) *Una revisión acerca del debriefng como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático)* Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Recuperado el 18 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a16.pdf>
- Santacruz J. (2008) *Una revisión acerca del debriefng como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático)*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado el 20 de octubre del 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/806/80615420016/>
- Santana J., Arenas L. & Ramsey J. (2016) *Resiliencia comunitaria y enfermedad de Chagas en una región rural de México*. Rev Saude Publica. 50:46. Recuperado el 18 de marzo de 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/es_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005911.pdf
- Scheeringa M. (2013). *Posttraumatic stress disorder in preschool children*. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 5(1), ISSN: 2007-8544.
- Scheeringa M. & Zeanah C. (2001). *A relational perspective on PTSD in early childhood*. Journal of Traumatic Stress, 14(4), 799–815.
- Sepúlveda N. Echavarría M. & Rojas H. (2006) *Descripción de la Intervención Psicológica en el Afrontamiento de Estrés Postraumático en Militares Activos del Grupo de Caballería Mecanizado N 5 Maza*. Universidad de Pamplona. Base de datos del Programa de Psicología. Pamplona – Norte de Santander.

Siqveland J., Nygaard E., Hussain A. Tedeschi R. & Trond H. (2015) *Crecimiento postraumático, depresión y estrés postraumático en relación con la calidad de vida de los supervivientes del tsunami: un estudio longitudinal*. Departamento de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Akershus, Instituto de Servicios de Salud Mental Lørenskog – Noruega. Recuperado el 24 de noviembre del 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-014-0202-4>

Sosa, C. & Capafóns, J. (2011). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis.

Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR), Voluntary Organizations in Cooperation in Emergencies (VOICE), International Council of Voluntary Agencies (ICVA). (2004) *Proyecto Esfera: Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*. Ginebra: SCHR, VOICE, ICVA;

Tian Y, m Wong T., Jiping L. & Xiaolian J. (2014) *Trastorno de estrés postraumático y sus factores de riesgo entre los adolescentes que sobreviven tres años después de un terremoto de magnitud 8.0 en China*. Departamento de Cirugía Cardiovascular del Hospital de China Occidental, Universidad de Sichuan Chengdu de China. Recuperado el 24 de noviembre del 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-14-1073>

Tobar M. (2016) *Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2016 en Chile*. Tesis Doctoral. Facultad De Psicología Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad Complutense Madrid. Recuperado el 17 de noviembre del 2017. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38827/>

UNESCO (2009) Ministerio de Educación de Perú. *Guía de recursos pedagógicos para el apoyo socioemocional frente a situaciones de desastre: La experiencia de Ica: “Fuerte como el Huarango Iqueño”*. Lima: UNESCO.

Valdés O., Lavigne M., Ruiz A., Pérez J., Sosa V. & Lorenzo A. (2012) *La atención psicológica en situaciones de desastres*. En: Educación para el desarrollo sostenible, prevención de desastres y protección de la salud mental en escuelas y comunidades [Internet]. La Habana:

- Educación Cubana; 2012 [Citado 18 jun 2016]. Disponible en http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Havana/pdf/Libro_Educacion_todo2.pdf
- Vanistendael S. (1995) *Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo*. Ginebra: Oficina Internacional Católica de la Infancia.
- Varela J., Bruno L., Roane M. & Arena M. (2011) *Trauma y neurosis traumática en el giro de los años 20*. Memoria académica [Internet]. La plata: BIBHUMA; 2011 [Citado 10 jun 2016]. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1485/ev.1485.pdf
- Vera B. (2004) *Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual*. Cuadernos de crisis. 2004;3(2):7-26.
- Wilson J. & Keane T. (1997) *Evaluación de trauma psicológico y trastorno de estrés postraumático*. Nueva York: The Guilford Press (578 pp).
- Zlotnick C., Davidson J., Tracie M. y Pearlstein T. (1996) *Validation of the Davidson Trauma Scale in a Sample of Survivors of Childhood Sexual Abuse*. J Nerv Ment Dis; 184: 255-7.

Anexos.

Instrumento Cuantitativo.

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Basearán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: _____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana . Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.	Frecuencia 0 = nunca 1 = a veces 2 = 2-3 veces 3 = 4-6 veces 4 = a diario	Gravedad 0 = nada 1 = leve 2 = moderada 3 = marcada 4 = extrema
--	---	---

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?
¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anexo 1. Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Técnicas Cualitativa.**Entrevista semiestructurada.****Lugar: Mocoa – Putumayo.****Psicólogos en Formación: Leidy Karina Fajardo López y Jefferson Jhuniño Reyes****Burgos.****2018-1**

Categoría	Participante	Pregunta
Trastorno de estrés Postraumático.		¿Qué pasó aquella noche del 30 de marzo de 2017, a las 11:50 pm?
		¿Dónde se encontraba en ese momento?
		¿Qué sintió usted, cuando los órganos de socorro y vecinos dieron alerta de una avalancha?
		¿Después de que ocurrió la avalancha, tiene recuerdos o sueños angustiosos sobre el evento? ¿Hace cuánto?
		¿Cuál es la escena que más recuerda de esa noche?
Impacto Emocional		¿Qué siente usted cuando llueve fuertemente después de la avalancha?
		¿Qué emociones surgieron en usted, después de que paso este evento?
		¿Qué sintió usted tras observar los resultados que dejó la avalancha?
		¿Existe alguna perdida material que haya generado algún malestar emocional?

	¿Existe alguna pérdida familiar que produzca algún desequilibrio en sus emociones?
	¿Concibe que, este tipo de situaciones deja alguna enseñanza en su vida? ¿De qué modo?
	¿Cree que, la experiencia que deja esta calamidad ambiental sirve para ayudar a salvaguardar la vida de otras personas ¿de qué manera?
	Como ha sobre llevado el desequilibrio emocional que ocasionó esta calamidad ambiental.
	¿Ha habido algún tipo de sentimiento negativo como tristeza , enojo, miedo o incertidumbre , que haya dejado de presentarse en su vida?
	¿Cómo se siente hasta el día de hoy, después de todo lo que ha sucedido?
	¿En qué momento decidió seguir adelante con sus actividades diarias?
Percepción emocional	¿Cómo percibió la reacción de los órganos de socorro?
	¿De qué manera se puede olvidar este tipo de situaciones?
	¿Qué siente usted al saber que, personas allegadas a usted, hoy ya no se encuentran?
	¿Existen escenas que provoquen en usted emociones desagradables ¿Qué tipo?
	¿Hay algún ruido, olor, sensación, emoción, sabor o sonido de aquel día, que le genere algún estado de alerta

Anexo 2. Entrevista semiestructurada.

Observación Participante.**Lugar: Mocoa – Putumayo.****Psicólogos en Formación: Leidy Karina Fajardo López y Jefferson Jhuniño Reyes****Burgos.****2018-1****Fecha:****Lugar:****Situación:****Categoría:** Trastorno por Estrés Postraumático.**Observación:****Análisis:****Fecha:****Lugar:****Situación:****Categoría:** Impacto emocional.**Observación:****Análisis:****Fecha:****Lugar:****Situación:****Categoría:** Percepción emocional**Observación:****Análisis:****Fecha:****Lugar:**

Situación:	Categoría: Trastorno por Estrés Postraumático.
-------------------	---

Observación:

Análisis:

Fecha:	Lugar:
---------------	---------------

Situación:	Categoría: Impacto Emocional.
-------------------	--------------------------------------

Observación:

Análisis:

Fecha:	Lugar:
---------------	---------------

Situación:	Categoría: Percepción emocional.
-------------------	---

Observación:

Análisis:

Grupo Focal.

Lugar: Mocoa – Putumayo.

Psicólogos en Formación: Leidy Karina Fajardo López y Jefferson Jhuniño Reyes

Burgos.

2018-1

Categoría	Pregunta	Respuesta
Trastorno por estrés Postraumático o.	¿Qué se encontraban haciendo en ese momento?	
Análisis de resultados:		
	¿Cuánto tiempo cree que duro este desbordamiento?	
Análisis de resultados:		
	¿Utilizó su celular para comunicarse con sus familiares en señal de despedida?	
Análisis de resultados:		
Impacto Emocional.	¿En qué momento consideran que se encontraban al borde la muerte?	
Análisis de resultados:		

¿Algunos de sus familiares,
amigos o conocidos perecieron
en la tragedia?

Análisis de resultados:

¿Cómo fue el proceso para la
reclamación del cuerpo de sus
seres queridos?

Análisis de resultados:

¿Brindaron ayuda humanitaria a
otras personas que estaban más
vulneradas que ustedes?

Análisis de resultados:

Percepción emocional. ¿Creen que hubo equidad en el
momento en que se entregaban
las ayudas humanitarias? ¿por
qué?

Análisis de resultados:

Han tenido algún sueño
angustioso en el que revivan la
tragedia.

Análisis de resultados:

¿Han tomado la decisión de irse
del municipio?

Análisis de resultados:

Hace cuánto tiempo no
frecuentan las actividades que
hacían en el río (nadar, cocinar,
caminar, etc.)

Análisis de resultados:

Existe un suceso de la avalancha
que haya marcado su vida, pero
que no lo recuerde muy bien?

Análisis de resultados:

Se siente culpable por la muerte
de sus seres queridos y la
perdida de bienes materiales.

Análisis de resultados:

¿Cuál de las siguientes
emociones negativas siente de
forma persistente: miedo, terror,
enfado, culpa o vergüenza? ¿Por
qué?

Análisis de resultados:

¿Hay algún cambio personal en
su forma de ser y de vivir a raíz
de la tragedia?

Análisis de resultados:

¿Presencia en usted o en algunos de sus familiares algún comportamiento irritable sin ningún tipo de provocación.?

Análisis de resultados:

¿Los problemas personales que produjo la avalancha, lo resuelven con licor, calmantes, terapia psicología o algún otro método?

Análisis de resultados:

¿Se despierta contantemente en la noche? ¿Qué hace en ese tipo de situaciones?

Análisis de resultados:

¿Tienen algún problema para concentrarse en sus actividades diarias?

Análisis de resultados:

Anexo 4. Grupo Focal.