



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



## Investigación de Pregrado

Requisito Curricular del Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

Alumnos:

Claudio Alberto Cepeda  
Silvana Alejandra Lapolla

Matrícula: 6928/05    claudiocepeda@hotmail.com  
Matrícula: 2798/93    silvanalapolla@hotmail.com

Cátedra de Radicación:

GIPSIL (Grupo de Investigación en Psicología Laboral)  
Cátedra de Psicología Laboral

Supervisor:

Lic. Mario Arraigada

Revisión:

Lic. Valeria S. Martínez Festorazzi

Título del Proyecto:

RELACIONES ENTRE RESILIENCIA Y SECUELAS PSICOLÓGICAS  
A CONSECUENCIA DE LAS INUNDACIONES, EN ADULTOS DAMNIFICADOS,  
VOLUNTARIOS Y NO VOLUNTARIOS,  
DE LA CIUDAD DE LA PLATA.

Fecha de presentación:

29 de junio, 2015

## Índice General

Introducción .....	1
Marco Teórico .....	2
Cambio Climático y las inundaciones.....	2
Descripción de la inundación de La Plata, 2 de Abril de 2013.....	2
Las inundaciones y la salud mental. ....	3
Conceptualización de los desastres desde la Psicología de la Emergencia. ....	5
Impacto psicológico de las inundaciones desde el enfoque de riesgo. ....	10
Secuelas Psicológicas asociadas a personas afectadas por las inundaciones.....	11
Impacto psicológico de las inundaciones desde la psicología positiva. ....	15
El papel de los voluntarios en situaciones de catástrofes.....	18
Aspectos Metodológicos .....	20
Materiales y Métodos .....	20
Objetivo general .....	20
Objetivos particulares .....	20
Hipótesis .....	20
Diseño .....	20
Población y Muestra .....	21
Características de la muestra.....	21
Instrumentos.....	25
Procedimiento.....	26
Análisis de Datos .....	26
Resultados .....	27
Caracterización de las Secuelas Psicológicas asociadas a las Inundaciones .....	27
Caracterización de la Resiliencia .....	29
Resiliencia y Secuelas Psicológicas según las variables sociodemográficas .....	32
Relaciones entre Resiliencia y Secuelas Psicológicas .....	36
Resiliencia y Secuelas Psicológicas en voluntarios y no voluntarios.....	38
Discusión .....	39
Referencias Bibliográficas.....	43
Anexo 1 - Instrumentos .....	47
Anexo 2 - Consentimiento Informado.....	50

## Índice de Tablas

Tabla 1: Primera respuesta recibida (Alzúa, 2013).....	18
Tabla 2: Distribución de la muestra por sexo.....	21
Tabla 3: Grupos por edad de las personas entrevistadas. ....	21
Tabla 4: Voluntarios en la muestra.....	22
Tabla 5: Nivel de estudios de los entrevistados.....	22
Tabla 6: Actividades que realizan los entrevistados. ....	23
Tabla 7: Clasificación por estado civil. ....	23
Tabla 8: Barrio donde vive el entrevistado.....	24
Tabla 9: Medias y desvíos de las Secuelas Psicológicas cada dimensión y puntaje total. ....	27
Tabla 10: Puntajes de las Secuelas Psicológicas cada dimensión y puntaje total.....	28
Tabla 11: Relación entre secuelas psicológicas y nivel de pérdidas.....	28
Tabla 12: Medias y desvíos para cada dimensión de la Escala RSA.....	29
Tabla 13: Puntajes para cada dimensión.....	30
Tabla 14: valores de resiliencia.....	30
Tabla 15: medias y desvíos estándar en los factores de resiliencia por sexo.....	32
Tabla 16: medias y desvíos estándar en las secuelas psicológicas por sexo.....	32
Tabla 17: nivel general de resiliencia por sexo.....	33
Tabla 18: Niveles altos y bajos para cada factor de resiliencia según sexo.....	33
Tabla 19: secuelas psicológicas por sexo.....	34
Tabla 20: medias y desvíos estándar en los factores de resiliencia por edad.....	35
Tabla 21: medias y desvíos en las secuelas psicológicas por edad.....	35
Tabla 22: frecuencias por edad del nivel general de resiliencia.....	35
Tabla 23: frecuencias por edad de las secuelas psicológicas.....	35
Tabla 24: Correlaciones entre las dimensiones de resiliencia y las secuelas psicológicas. ....	36
Tabla 25: Relación entre resiliencia y secuelas psicológicas a las inundaciones. ....	36

## Índice de Gráficos e Ilustraciones

Figura 1: Mapa de zonas afectadas según el informe CEDLAC (Alzúa, 2013) .....	3
Figura 2: Infografía de nivel de agua en viviendas (según datos de Alzúa, 2013). .....	3
Gráfico 1: Voluntarios en la muestra. ....	22
Gráfico 2: Nivel de estudios de los entrevistados. ....	22
Gráfico 3: Actividades que realizan los entrevistados. ....	23
Gráfico 4: Clasificación por estado civil. ....	23
Gráfico 5: Perfiles comparados de Resiliencia en adultos Mar del Plata vs muestra.....	.31
Gráfico 6: Niveles altos para cada factor de resiliencia según sexo.....	.33

## Introducción

La presente investigación, de carácter exploratorio, descriptivo y correlacional, se propone estudiar el impacto psicológico en personas expuestas a las inundaciones, y su relación con la presencia de factores protectores de resiliencia (Hjemdal, 2007), sobre una muestra conformada por 104 adultos, mayores de 18 años de edad, que resultaron damnificados en la catástrofe de Abril de 2013 en la ciudad de La Plata.

Siendo que la primer ayuda a los damnificados fue proporcionada, en la mayoría de los casos (Alzúa, 2013), por vecinos, amigos o familiares, los cuales también estaban siendo afectados por la tormenta, se propone además, estudiar la presencia de factores protectores de resiliencia en aquellas personas que voluntaria y desinteresadamente brindaron su apoyo, en comparación con aquellas que no lo hicieron.

Se plantea como objetivo general, estudiar las relaciones entre la *resiliencia* y las *secuelas psicológicas asociadas a personas afectadas por las inundaciones*, informadas por adultos damnificados voluntarios y no voluntarios expuestos a la inundación de La Plata (abril 2013). Los objetivos particulares son: (a) evaluar y describir las secuelas psicológicas producidas por la inundación, (b) evaluar y describir las dimensiones de resiliencia, (c) estudiar las relaciones entre las dimensiones de resiliencia y secuelas psicológicas en la muestra bajo estudio, (d) analizar la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas entre voluntarios y no voluntarios y (e) analizar la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas en función de las variables sociodemográficas.

Se espera que los resultados obtenidos constituyan un aporte para la elaboración de programas preventivos, que permitan, por una parte, en el marco de la Psicología de la Emergencia, reducir las vulnerabilidades a las que se ven expuestas las personas y las comunidades en situaciones de emergencias y desastres, y por otra parte, en el marco de la Psicología Organizacional, mejorar la formación de voluntarios.

## Marco Teórico

### ***El cambio climático y las inundaciones:***

*"En la medida que los desastres se vuelven cada vez más comunes y más frecuentes, con un clima que cambia de manera permanente, la planificación para lo peor debe ocupar un rol central"<sup>1</sup>*

Nuestro medioambiente está siendo afectado por el cambio climático, entendido como un conjunto de cambios en la composición de la atmósfera mundial, que se suma a la variabilidad natural e histórica del clima, produciendo efectos adversos sobre los ecosistemas, los sistemas socioeconómicos, la salud y el bienestar de las personas (ONU, 1992).

El cambio climático es un problema grave de Salud Pública a nivel mundial (Blashki, Berry & Kidd, 2009). Según Naciones Unidas para el período Junio 2013-Junio 2014 en todo el mundo se registraron 358 desastres naturales, provocando más del 16.300 muertos y 113 millones de damnificados, siendo las tormentas e inundaciones la causa del 55% de las pérdidas de vidas humanas y del 86% de las pérdidas económicas (ONU,2014).

Una de las manifestaciones frecuentes de estos cambios es el incremento en intensidad y frecuencia de las tormentas y huracanes, los cuales provocan devastadoras inundaciones en todo el mundo, y por supuesto en nuestra región.

### ***Descripción de la inundación de La Plata, 2 de Abril de 2013:***

La catástrofe ocurrida en la ciudad de La Plata se desencadenó a partir de una tormenta sin precedentes en los últimos 100 años, con 370.4 mm de precipitaciones acumulados en tan solo 3 horas (Liscia, 2013).

De acuerdo a Liscia, los sistemas de desagües pluviales, diseñados para escurrir las lluvias hacia los arroyos del Gato y Maldonado desembocando luego en el Rio de la Plata, se vieron totalmente desbordados, ya que en pocas horas había caído sobre la ciudad la misma cantidad de agua que habitualmente precipita durante todo un mes. Y para agregar complejidad a la situación, un paro de recolectores originó

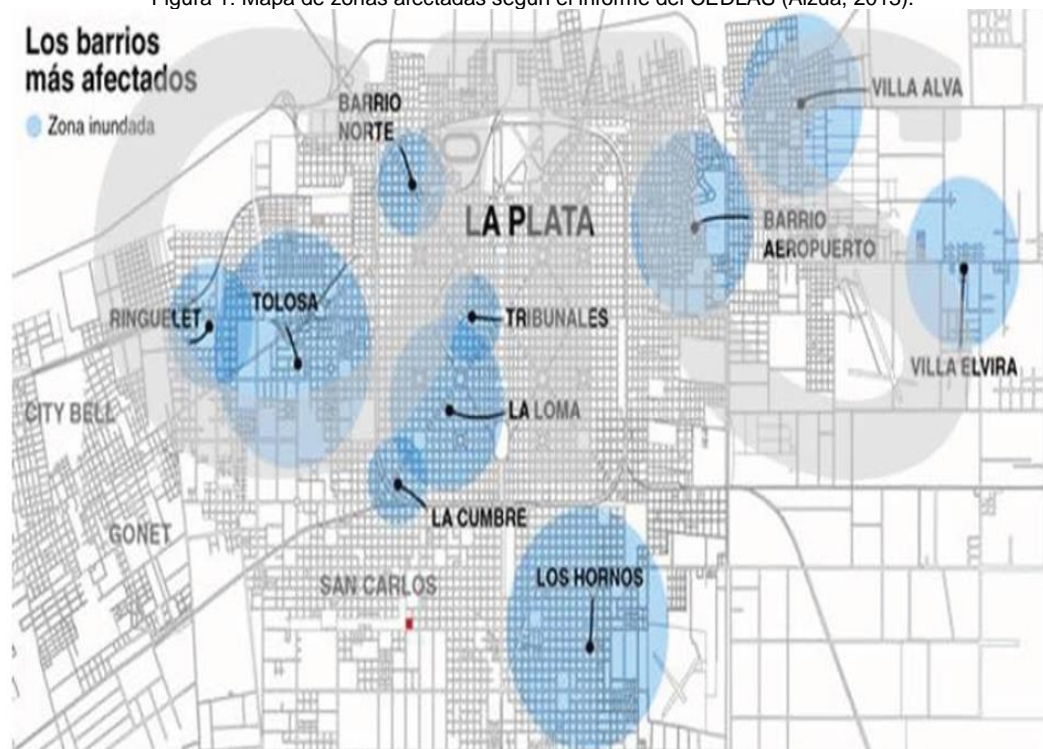
---

<sup>1</sup> Palabras de apertura a la 3ª Conferencia Mundial sobre la Reducción del Riesgo de Desastres, y fueron pronunciadas por el Dr. Jim Yong Kim, presidente del Grupo Banco Mundial, en Japón, 18 de Marzo de 2015 (iAgua, 2015).

que muchas bolsas de residuos en la vía pública terminarían obstruyendo las bocas de tormenta (sumideros).

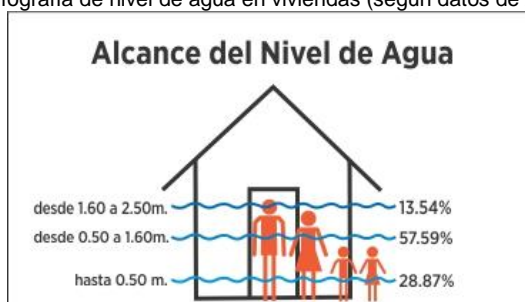
A consecuencia de esto, el 25% de la ciudad de La Plata resultó inundada, especialmente el casco urbano en los barrios de La Loma y San Carlos, junto a Tolosa, Ringuelet, Los Hornos, Altos de San Lorenzo y Villa Elvira (Liscia, 2013).

Figura 1: Mapa de zonas afectadas según el informe del CEDLAS (Alzúa, 2013).



De acuerdo al relevamiento efectuado por Alzúa (2013), sobre 55.716 viviendas afectadas, se registraron niveles de agua de hasta 2.5 metros altura en el 13.54% de las casas, niveles de hasta 1.5 metros de altura en el 57,59% de las casas, mientras que el 28.87% restante presentó hasta 0.50 metros de nivel de agua, permaneciendo la inundación dentro de las viviendas entre 12 y 16 horas en la mayoría de los casos (Liscia, 2013).

Figura 2: Infografía de nivel de agua en viviendas (según datos de Alzúa, 2013).



Los informes de daños reportan que 165.037 personas resultaron afectadas directamente, debido a la inundación de sus viviendas, y otras 210.463 personas resultaron afectadas indirectamente, lo que se suma a las 89 víctimas fatales reconocidas y a los 850 millones de dólares en pérdidas estimadas (Alzúa, 2013; Liscia, 2013; Morosi, 2013; Lucesole, 2014).

### ***Las inundaciones y la salud mental:***

A partir de 1997, Brownstone et al. proponen que se concediese a los aspectos de salud mental la misma importancia que se brindaba a la atención física de víctimas y sobrevivientes de los desastres, a partir de lo cual actualmente se reconoce y acepta que en situaciones de desastres naturales y emergencias no sólo se producen muertes, enfermedades físicas y pérdidas económicas, sino también una seria afectación en el estado de salud mental de la población (Brownstone et al., citado en OPS, 2002).

En este sentido, Stanke, Murray, Amlôt, Nurse & Williams (2012) sostienen que las inundaciones pueden plantear problemas sociales y de bienestar psicológico que pueden persistir durante largos períodos de tiempo.

Por su parte, Murray afirma que se puede dividir la experiencia de una inundación en factores directos e indirectos. Por un lado, las personas tienen que soportar factores de estrés primarios de supervivencia durante la propia emergencia. Por el otro, el proceso de recuperación, que incluye el regreso a casa, enfrentándose a pérdidas de propiedad y vidas humanas, aislamiento y desplazamientos por evacuaciones, entre otros, representa desafíos anormales que suelen causar preocupaciones y estrés, pero por factores secundarios. Particularmente, en su artículo Murray identifica un periodo de tiempo durante este proceso de adaptación que está vinculado a un aumento de los riesgos para la salud mental. Este periodo ocurre cuando las responsabilidades oficiales y legales del gobierno disminuyen y las obligaciones se transfieren al sector privado para la reconstrucción (Murray, 2011, citado en Dutton, 2013).

Según numerosos estudios disponibles sobre los efectos de las inundaciones en la salud mental, se observa un aumento significativo en la depresión, la ansiedad, los trastornos de estrés postraumático (TEPT) y casos de suicidio entre los adultos damnificados (Stanke et al., 2012).

El estudio de DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam & Galea (2011, citado en García, Mateu, Flores & Gil, 2013) informa que el 15% de la población neoyorkina desarrolló Trastorno de Estrés Postraumático después de los atentados terroristas del 11 de septiembre. Si le damos a estas cifras una mirada diferente, podríamos preguntarnos *¿qué pasó con la mayoría de la población, el 85%, que no desarrolló TEPT? ¿Fueron capaces de continuar con sus proyectos de vida?*

Hasta no hace mucho, las investigaciones sobre las repercusiones psicosociales a los desastres se enfocaba a los aspectos psicopatológicos de las vivencias traumáticas (Benyakar, 2003).

A partir de los años 90 ha habido un cambio de mirada, un enfoque basado en la resiliencia. Desde este enfoque, en lugar de estudiar las carencias y debilidades se empiezan a investigar las fortalezas y cómo usarlas. Esto nos invita a no caer en determinismos ni estigmatizar a una persona con un destino infeliz por haber tenido que sufrir un suceso traumático. Con un enfoque basado en la resiliencia nos plantearíamos *¿Qué factores o características están influenciando para que el 85% de las personas que viven un evento traumático no desarrollen un Trastorno de Estrés Postraumático?* (García et al., 2013).

### **Conceptualización de los desastres desde la Psicología de la Emergencia:**

La atención psicosocial en catástrofes, emergencias y desastres requiere especialización profesional y conceptualización desde un marco específico, el marco de la Psicología de la Emergencia (Rodríguez, Zaccarelli & Pérez, 2006).

Valero (2002) define la *Psicología de la Emergencia* como una rama de la psicología enfocada en el estudio de las *reacciones* de las personas y de los grupos humanos en el *antes, durante y después* de una situación de emergencia o desastre.

En cada una de estas fases la tarea estará focalizada. De este modo, en la fase previa, *antes* de cualquier situación de emergencia o desastre, la atención estará puesta en la *prevención*, mediante la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, así como en la selección y evaluación del personal interviniente.

Mientras ocurren las emergencias y desastres, o en las primeras horas posteriores al mismo, en la fase denominada *durante*, se llevará a cabo la *intervención* psicosocial a través de técnicas y protocolos específicos. En este punto encontramos los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), la terapia de juego para niños en escuelas,

albergues o centros comunales y manejo psicológico del duelo, entre otras técnicas que buscan evitar y reducir las respuestas no adaptativas durante el impacto del evento. Luego del evento, es decir en el *después*, la tarea estará focalizada en la *rehabilitación* y reconstrucción (Araya, 2001).

La Psicología de la Emergencia se sustenta en un amplio bagaje de investigaciones y constructos teóricos que datan de principios del siglo XX, los cuales han ido evolucionando desde estudios eminentemente descriptivos e individuales hasta trabajos de corte sociológico y estadísticamente significativos, generando propuestas específicas de intervención psicosocial (Valero , 2002).

A medida que la producción bibliográfica en torno a la Psicología de la Emergencia va creciendo, comienzan a presentarse importantes diferencias conceptuales. Tal es el caso del uso indiferenciado de los términos catástrofes y desastres (Trujillo, 2007).

Las *catástrofes* son definidas por Pérez (1999) como eventos extremos, de origen natural o humano, que al afectar a un lugar en un momento dado puede causar daños y perturbaciones tales que desencadenen un proceso de desastre.

En función de su origen, se clasifican en Catástrofes Naturales, Catástrofes provocadas por el hombre y Catástrofes sociales. Las *Catástrofes Naturales* son aquellas iniciadas a partir de una manifestación extrema de la naturaleza, como los huracanes y erupciones volcánicas. Desde los años 70 se ha extendido la conciencia de que muchas de las denominadas calamidades naturales no lo son tanto, sino que constituyen fenómenos vinculados al sistema social, favorecidos por la acción humana. Tal sería el caso de las inundaciones derivadas de la excesiva urbanización de las cuencas fluviales, o las sequías propiciadas por la deforestación y el calentamiento global. Las *Catástrofes provocadas por el hombre* son generadas a partir de la actividad propia del ser humano, tales como los conflictos armados, los atentados, los accidentes nucleares o la mayoría de los incendios. Y se denominan *Catástrofes Sociales* toda vez que se produce un quiebre a gran escala o una declinación a largo plazo de la cultura, las instituciones civiles o de otras características principales de una sociedad o civilización, de forma temporal o permanente. Alzúa (2013) sostiene la catástrofe social ocurrida en La Plata impactó en la vida social, política, cultural y económica de la ciudad y su gente.

En función de su modo de manifestación, se clasifican en catástrofes de gestación lenta, como las sequías, donde el desajuste que provocan es progresivo o catástrofes de irrupción repentina, tales como una erupción volcánica o un terremoto.

Por su parte, las *emergencias* son definidas por Valero (2002) como situaciones inesperadas que comprometen la vida y la integridad física de una o de varias personas y que demandan una intervención especializada, la respuesta de la comunidad por intermedio de sus propios equipos de primera respuesta es suficiente.

En tanto los *desastres*, según Valero (2002), son alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, causados por un suceso natural o generado por el hombre que excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Al respecto, Pérez (1999) agrega que los desastres constituyen una grave perturbación para el funcionamiento de la sociedad, que causa amplias pérdidas humanas, materiales o medioambientales, y que suele estar concentrada en el espacio y en el tiempo.

En este mismo sentido, Trujillo (2007) sostiene que se trata de un acontecimiento social inesperado que afecta a los damnificados causando sorpresa, indefensión, desestabilización y que implica pérdida o amenaza de la vida y de la propiedad, perturba el sentido de la comunidad y provoca consecuencias adversas para los supervivientes.

En el contexto de la Psicología de la Emergencia, Pérez (1999: 11) define a la *vulnerabilidad* como “el nivel de riesgo que afronta una familia o individuo a perder la vida, sus bienes y propiedades, o su sistema de sustento (esto es, su medio de vida) ante una posible catástrofe”. En este sentido, señala que la vulnerabilidad no es estática, sino dinámica en el tiempo, por lo tanto en su análisis debe considerarse siempre la dimensión temporal, ya que puede aumentar o disminuir.

Por su parte, Valero (2002) sostiene que las emergencias y los desastres son dos consecuencias que nos recuerdan a diario cuan vulnerables seguimos siendo a la materialización de las amenazas, sean propias de los fenómenos de la naturales (lluvias torrenciales, terremotos, erupciones volcánicas, etc.), o sean provenientes de la tecnología (derrames de sustancias peligrosas, accidentes nucleares, vehiculares y de aviación entre otros).

En tanto *víctima*, tiene un origen etimológico estrechamente vinculado a la idea de un animal o ser humano destinado al acto de sacrificio, el que sufre o padece daño o dolor, debido a los intereses o pasiones de otro. En la modernidad, con la incorporación del discurso jurídico, el concepto de víctima se extiende también a aquellas personas cuyos derechos han sido violentados en actos deliberados (Arias, 2012).

No fue sino hasta finales de la Segunda Guerra Mundial que, ante la necesidad de dar cuenta de los efectos provocados por las graves violaciones a los Derechos Humanos allí perpetradas, se hizo necesaria una nueva conceptualización de víctima. La misma surgiría en seno de las Naciones Unidas (ONU), luego de varias Asambleas Generales, tomando su forma actual en la Resolución General 60/147 del Año 2005, donde se define como tal a toda persona que hubiese sufrido daños individual o colectivamente, incluidas las lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario (ONU, citada en Arias, 2012).

Pero una definición en sentido amplio, sostiene Benyakar (2012), debe incluir nuevas formas de victimización, que incluya no solamente a las personas que sufren daño a partir de una acción criminal, provocado en actos deliberados, sino también a aquellas que se convierten en víctimas sin intervención humana, tal es el caso de las víctimas por desastres naturales o ataques de agentes biológicos, e incluso cuando las personas resulten ser víctimas por conducta propia o auto-victimización.

Acotado al marco de la Psicología de la Emergencia encontramos la definición de Jara (2015) que entiende a la víctima como toda persona afectada por un siniestro o desastre, de forma directa o indirecta, lesionada o damnificada. En este sentido el autor diferencia por un lado al *afectado* como aquella víctima de un desastre que requiere apoyo limitado para recuperarse de los daños, el cual tiene un mayor número de necesidades básicas satisfechas (respecto al damnificado), y por el otro al *damnificado*, entendido como la víctima que no sufre ninguna lesión en el cuerpo, pero que ha perdido la estructura de soporte de sus necesidades básicas (vivienda, medio de subsistencia).

Taylor & Frazer (1978) desde una perspectiva psicosocial postulan una clasificación más amplia al concepto víctima, considerando seis categorías. Así encontramos las *víctimas de primer grado*, entendidas como aquellas que sufren el impacto directo del incidente, con pérdidas materiales o daño físico; las *víctimas de segundo grado*, que comprenden a los familiares o amigos de las víctimas primarias; las *víctimas de tercer grado*, también llamadas víctimas ocultas, constituidas por los integrantes de los equipos de primera respuesta -bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, psicólogos, policías, personal de defensa civil, voluntarios y otros-. Luego están las víctimas de cuarto grado, conformadas por todas las personas de la comunidad donde se ha producido el incidente, que se ven afectadas en su conjunto. Aquí encontramos grupos acotados como pueden ser todos los alumnos de una escuela afectada, de un barrio o fábrica, o bien grupos extensos como puede ser la población de una vasta región asolada por un terremoto. También encontramos las *víctimas de quinto grado*, conformadas por aquellas personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación que resultan afectadas y por último las *víctimas de sexto grado*, es decir, aquellas que no se encontraban en el lugar de los acontecimientos por diferentes motivos pero que también resultan afectadas (Taylor & Frazer, 1978, citado en Valero, 2002).

En tanto son considerados *damnificados* a todas aquellas personas expuestas a situaciones de riesgo psicosocial (Ortega et al., 2008) que ha sufrido grave daño de carácter colectivo (RAE, 2013).

Por su parte, Benyakar (2003) hace una clara diferenciación entre los conceptos de víctima y damnificado. En relación a la víctima, sostiene que ésta satisface una necesidad social básica al representar en la comunidad a aquel sujeto depositario de todas las agresiones de las cuales el resto de la sociedad permanece a salvo. De este modo, la víctima necesita revivir una y otra vez el doloroso vacío de la tragedia personal por medio de un relato mítico dramático, y la sociedad necesita perpetuar en las personas afectadas el daño potencial ante el cual estamos todos expuestos constantemente. En tanto el damnificado es aquel que padece el dolor personal ocasionado por el daño. A diferencia de la víctima, que queda atrapada en el doble juego del relato mítico, el damnificado sólo existe en el tiempo presente.

Desde el punto de la vista de la Psicología de la Emergencia, entendida en su fase de rehabilitación post-desastre, Benyakar (2003) sostiene que es necesario evitar que la persona quede atrapada en el pasado, en un proceso de revictimización

sostenido a partir de la repetición mítica del relato, y que pueda adquirir herramientas que lo ayuden a la reconstrucción subjetiva y a la recuperación de su autonomía. Para Benyakar, es necesario que la víctima abra espacio al damnificado, ya que éste es el único sujeto posible de rehabilitación.

### ***Impacto psicológico de las inundaciones desde el enfoque de riesgo:***

Valero (2002) afirma que los desastres no solo afectan la economía y la infraestructura de un país sino que comprometen a la misma estructura social de las comunidades afectadas y a la salud física y mental de sus integrantes.

En relación a la salud mental, a partir de los años '50 la investigación psicológica estuvo centrada en las consecuencias psicológicas de la experiencia traumática. En esta línea encontramos una serie de teorías que se agrupan bajo la denominación de *enfoque de riesgo*. Desde este enfoque "se tiende a considerar que toda persona sometida a una vivencia traumática necesitará atención psicológica profesional para evitar el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y fundamentalmente... de un trastorno de estrés postraumático. Es decir, asume que el ser humano es débil y vulnerable frente a los golpes de la vida y que quien sufre una experiencia traumática es una víctima que necesita ayuda cuanto antes" (Poseck, 2008, p. 109).

Uno de los ejes conceptuales del enfoque de riesgo parte de la noción de *trauma psíquico*, el cual es definida por Sivak & Libman (2007) como a aquel o a aquellos acontecimientos –que pueden ser sucesivos, acumulativos, o diferidos en el tiempo, y articulados por una significación personal y/o simbólica de los mismos–, que desbordan la capacidad del sujeto para poder procesarlos psicológicamente.

Por su parte, Benyakar (2012) plantea la dificultad para arribar a una definición unívoca de trauma, partiendo su análisis desde la misma obra freudiana, de donde rescata más de diez definiciones de trauma, dentro de las cuales, en algunos casos se postula como un evento o un entorno, refiriéndose al mismo como "*situación traumática*", y en otros como un *fenómeno* exclusivamente psíquico (Freud, S.; 1950 [1895]; 1916-1917; 1923-1925; 1925-1926; citado en Benyakar, 2012).

En tanto Everly (1995) sostiene que las manifestaciones psicológicas a emergencias o desastres se presentan como un continuo entre el trastorno adaptativo y otras secuelas de menor a mayor gravedad. En este sentido, entiende que el estudio

del trauma psicológico es más extenso que el estudio del trastorno por estrés postraumático (TEPT).

A partir de esto, encontraremos múltiples referencias a la expresión *evento traumático* o *situación traumática* en referencias a un incidente crítico capaz de provocar una emergencia o desastre. En este sentido, Benveniste (2000) define a un evento traumático como aquel en el que una persona está agobiada por la intensidad de la situación, la cual sobrepasa su nivel de tolerancia, siendo sus mecanismos defensivos insuficientes para lidiar con dicha situación.

Por su parte, Benyakar (2012) diferencia a los eventos externos, pertenecientes al mundo fáctico, de los fenómenos psíquicos. El autor sostiene que los psicólogos no deben apelar a la clasificación de “*traumático*” que suele darse en general a los eventos, ya que considera que por la propia naturaleza fáctica de las situaciones externas no se puede conocer de antemano si éstas van a generar o no un trauma en el psiquismo del sujeto. En su reemplazo, propone utilizar el término “*disruptivo*” para calificar la capacidad potencial de un fenómeno fáctico de desestabilizar los procesamientos psíquicos.

En este sentido, coincidiendo con Sivak & Libman (2007), va a plantear que los eventos potencialmente traumáticos incluyen situaciones disruptivas (abruptas, desorganizantes) como muertes cercanas, violación o abuso sexual, accidentes viales, aéreos, ferroviarios, desastres naturales, violencia familiar, delitos en la vía pública, situaciones de guerra o atentados terroristas entre otros, los cuales pueden devenir o no en trauma psíquico, en función de los recursos y capacidades del sujeto para procesar la experiencia vivida.

### ***Secuelas Psicológicas asociadas a personas afectadas por las inundaciones:***

Buscando medir el impacto psicológico ocasionado por las inundaciones ocurridas en el año 2006 en Juárez (México), catástrofe de magnitud y consecuencias similares a las acaecidas en la ciudad de La Plata en 2013, Ortega, Griffens, Romero & Esparza (2008) elaboraron una Escala basada en el constructo *secuelas psicológicas asociadas a personas afectadas por las inundaciones* (en adelante lo llamaremos: *Secuelas Psicológicas*), compuesto por dos factores: síntomas de ansiedad y estrés post-traumático (*TEPT*) y síntomas de *Depresión*.

La Escala se diseñó para identificar síntomas de los trastornos de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático según los criterios del DSM-

IV-TR. El objetivo de esta prueba no fue diagnosticar los trastornos sino identificar sus síntomas.

Según Esparza, Carrillo, Montañez, Quintana & Quiñones (2011), el *TEPT* se presenta cuando la persona experimenta un acontecimiento caracterizado por muerte o amenaza a la integridad física de la propia persona o la de los demás. Las catástrofes ocasionadas por las inundaciones pueden considerarse como una experiencia aguda para las personas afectadas por ellas. Por su parte, la *Depresión* es definida por el autor como una enfermedad que afecta al organismo, el estado de ánimo y la manera de concebir la realidad, alterando el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, y afectando la autoestima y la forma en que se piensa. De acuerdo al autor, el estrés continuo o muy intenso lleva a la depresión.

Siguiendo a Ortega et al. (2008), es importante analizar las *Secuelas Psicológicas* ya que ellas pueden causar otro tipo de problemas no materiales como baja autoestima, sentimientos de derrota, de culpabilidad y problemas interpersonales, que si no son atendidos, pueden ocasionar una disminución en la calidad de vida de las personas.

Esto es coincidente con lo informado en numerosos estudios de damnificados a consecuencia de catástrofes naturales, como los realizados por Phifer (1990) sobre la inundación de 1984 en Kentucky, en los Estados Unidos; por Smith & Freedy (2000) sobre la inundación de 1993 en Mississippi, en los Estados Unidos; por Stimpson (2004) sobre la inundaciones de 1993 en Iowa, en los Estados Unidos; por Norris, Slone, Baker & Murphy (2006) sobre las inundaciones de 1999 en la ciudad de Villahermosa, en México; y por Chae, Kim, Rhee & Henderson (2005) después del desastre natural causado por un tifón en el año 2002 en Corea del Sur. En todos ellos se encontraron niveles significativos de depresión y estrés postraumático observado en las personas expuestas a tales eventos, aun transcurridos varios meses de los mismos. (Chae, Kim, Rhee & Henderson, 2005; Norris, Slone, Baker & Murphy, 2006; Phifer, 1990; Smith & Freedy, 2000; Stimpson, 2004; citados en Esparza et al., 2011).

Uno de los cuadros sintomáticos evaluados por el constructo es la ansiedad, entendida como una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

El DSM-IV-TR (APA, 2001) define el *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG) como una ansiedad y una preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días por al menos un periodo de seis meses. El individuo tiene dificultades para controlar el estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian, a por lo menos, tres de los síntomas entre los que se incluyen: preocupación constante y a menudo injustificada, incapacidad para relajarse e irritabilidad, dificultad para concentrarse.

La ansiedad también puede causar insomnio, temblor muscular, fatiga y dolores de cabeza. Podrían estar presentes síntomas somáticos como resequedad en la boca, sudoración y manos frías, entre otras.

Los trastornos de ansiedad generalizada suele relacionarse con otros trastornos del estado de ánimo, con trastornos de ansiedad y con aquellos relacionados a las sustancias. La ansiedad, la preocupación y los síntomas físicos interfieren con el funcionamiento diario, provocando un deterioro social, laboral o de algunas otras áreas importantes en las actividades diarias del individuo (APA, 2001).

Siguiendo a Trujillo (2007) y Valero (2002), la ansiedad se puede presentar después de un evento que desencadene preocupación excesiva provocada por diferentes sucesos o actividades, tales como una emergencia o desastre.

Por su parte la *depresión* está enmarcada en el DSM-IV-TR dentro de los llamados Trastornos del Estado de Ánimo. El manual de diagnóstico nos indica que la depresión se manifiesta a través de un lapso persistente de sentimiento de tristeza con falta total de interés o motivación. Interfiere con las principales actividades tales como el trabajo, la escuela, responsabilidades familiares y las relaciones interpersonales. Por lo general la depresión genera baja autoestima, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, trastornos del apetito y se puede manifestar de forma leve, moderada o mayor.

En la depresión mayor la comunicación es difícil o nula aunque sea con personas queridas y el paciente puede retraerse completamente al punto de no comunicarse en absoluto. Los principales síntomas de la depresión son estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.

Más síntomas de la depresión son la disminución de energía, fatiga, agotamiento, dificultad para concentrarse, dificultad para recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de peso, pérdida de apetito, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso. También se manifiestan de manera sintomática los pensamientos de muerte o suicidio, inquietud e irritabilidad.

La depresión puede estar acompañada de síntomas físicos como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

De acuerdo a Trujillo (2007) y Valero (2002), la depresión es una de las manifestaciones a nivel psicológico que surgen como consecuencia de emergencias o desastres.

En relación al *trastorno de estrés postraumático* (TEPT), los criterios para su diagnóstico hacen referencia a la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida.

El cuadro sintomático característico, secundario a la exposición al evento crítico, debe incluir la re-experimentación persistente del acontecimiento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación. El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y haber provocado un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La probabilidad de presentar el trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante (APA, 2001).

De acuerdo a Barlow & Duran, la etiología del TEPT se relaciona con la experiencia de un evento traumático, pero el que una persona lo desarrolle o no, es un aspecto complejo que asocia factores biológicos, psicológicos y sociales. Una buena parte de la investigación epidemiológica en Psiquiatría y Psicología Clínica, se ha centrado en el concepto de vulnerabilidad, el cual hace referencia al incremento de la probabilidad de padecer un trastorno dado ante cualquier factor (Barlow & Duran, 2001, citado en Ortega et al., 2008).

El estrés postraumático se caracteriza porque se le da mucha importancia a las imágenes y a la ansiedad que provocan esos recuerdos del hecho traumático. Es entonces cuando el acontecimiento se percibe como altamente riesgoso en donde se pierde la sensación de control sobre la seguridad propia. Los acontecimientos de dicho evento nos recuerdan los detalles con gran intensidad, con gran viveza y con una alta frecuencia. Es por ello que un acontecimiento traumático como una emergencia o desastre conlleva en algunas ocasiones a que las personas presenten síntomas de estrés postraumático (Ortega et al., 2008; Trujillo, 2007 y Valero, 2002).

### ***Impacto psicológico de las inundaciones desde la psicología positiva:***

En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud define a la *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2015, p. 1). En esta concepción se rescata a la salud desde una perspectiva holística que reúne los aspectos biopsicosociales de la persona.

Partiendo de esta concepción, y atendiendo a la necesidad de desarrollar una psicología capaz de orientarse hacia la promoción de la salud, en el año 1979, Antonovsky propone un marco de referencia para la disciplina, al cual denominará *enfoque salutogénico*, centrado en los factores humanos que apoyan la salud y el bienestar, tratando de ver a la persona como un todo y no sólo la enfermedad. Desde este enfoque se intenta explicar porqué algunas personas, en situaciones de experiencias estresantes, logran mantener un nivel de salud psíquica y estado de bienestar psicológico aceptable (1996).

Conjugando dos vocablos, el latino “*salus*” (salud) y el griego “*genesis*” (génesis, origen), Antonovsky acuña el término “salutogénesis”, que significa *Génesis de la Salud*, para dar cuenta de una corriente psicológica que busca responder a la pregunta: *¿Cuál es el origen de la salud?*

Desde esta perspectiva, Antonovsky (1996) estudió la relación entre la salud, el estrés, y el afrontamiento. Observó que el estrés está siempre presente en nuestras vidas, y que hay personas con capacidad de sobrevivir, de adaptarse y de superarlo. La respuesta va a depender de lo que el autor llama “sentido de coherencia” (SOC), un sentimiento y una visión del mundo, y de los “recursos generalizados de resistencia” (GRRs), es decir de factores biológicos, materiales, económicos,

conocimiento, experiencia, autoestima, conducta saludable, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y visión de la vida.

En resumen, el enfoque salutogénico está centrado en los factores humanos que apoyan la salud y el Bienestar, y sostiene que la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud.

Dentro de este enfoque tendrá lugar el surgimiento de la *Psicología Positiva*, la cual es definida por Poseck (2006) como una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos y mecanismos que subyacen a las cualidades y fortalezas del ser humano.

El objeto de la psicología positiva es mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención.

De acuerdo a Seligman (1998), el nacimiento de la Psicología Positiva retomó los objetivos olvidados de la ciencia psicológica, tradicionalmente centrada en el modelo médico, la psicopatología y la curación de la enfermedad. Seligman propone en 1988 que la psicología no sea sólo el estudio de la debilidad y el daño, sino también el estudio de la fortaleza y la virtud. (Seligman citado en Poseck, 2006).

De este modo, la psicología positiva busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y las virtudes del ser humano Poseck (2006).

De acuerdo a Hjemdal (2007), Becoña (2006) y Poseck, Carbelo & Vecina (2006), el desarrollo de respuestas efectivas y adaptativas en condiciones adversas, por parte de algunas personas, estaría relacionado con lo que el modelo salutogénico conceptualiza como *resiliencia*, entendida como la capacidad de afrontamiento que las personas logran para atravesar situaciones difíciles, sobreponerse y salir fortalecidas de ellas.

El concepto de resiliencia permitiría explicar dos aspectos de la conducta: por un lado la capacidad de resistir al suceso, y por otro la posibilidad de generar recursos a partir del mismo, posibilitando al sujeto adaptarse positivamente en contextos desfavorables o de alto impacto psicosocial (Bonanno & Kaltman, 2001; Wortman et al., 2002; citados en Poseck et al., 2006). En tanto capacidad, la resiliencia trata de ser explicada a partir de factores protectores que promueven su desarrollo. En tanto proceso, la resiliencia se presenta como un devenir. En este sentido, la

resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre, sino una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux et al., 2001; citado en Poseck et al., 2006).

De acuerdo a Hjemdal (2007), a efectos de incluir la perspectiva predictiva y facilitar la investigación de los procesos, la resiliencia es definida alternativamente como factores de protección y como procesos que contribuyen a un buen resultado frente a una situación potencialmente estresante.

Hjemdal (2007) postula seis dimensiones básicas de resiliencia: Percepción del Self (confianza en los propios recursos para hacer frente a las situaciones adversas); Planeamiento del Futuro (posibilidad de alcanzar metas y proyectos personales); Competencia Social (flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales); Recursos Sociales (percepción que tiene el sujeto de su red social de apoyo); Cohesión Familiar (unión, lealtad y valores compartidos en el grupo familiar) y Estilo Estructurado (capacidad de planificación, anticipación y organización para el logro de los objetivos personales).

Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática (Bonanno, 2004).

En torno a las respuestas frente a un evento disruptivo, también se encuentran referencias al *crecimiento postraumático*, entendido como la posibilidad de aprender y de crecer a partir de experiencias adversas (Poseck, 2006)

En este sentido, Bonanno (2004) sostiene que es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación, ya que representan trayectorias temporales distintas. Por una parte, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

En la línea de diferenciar lo perteneciente al mundo fáctico externo de los fenómenos psicológicos, Poseck plantea que “el crecimiento postraumático implica ser capaz de encontrar elementos positivos en el proceso de lucha que se emprende tras el acontecimiento traumático, es decir, no es el acontecimiento en sí mismo el causante del beneficio, sino el proceso de cambio que promueve ese acontecimiento” (Poseck, 2008, p. 118).

***El papel de los voluntarios en las inundaciones:***

De acuerdo al estudio elaborado por la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), en conjunto con el Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, las respuestas inmediatas y posteriores a la inundación fueron realizadas casi exclusivamente por particulares y organizaciones de la sociedad civil, la cual se vio obligada a desplegar de manera espontánea y desinteresadamente todos los recursos existentes a efectos de afrontar la situación (Alzúa, 2013).

En el mencionado informe, sobre 3256 hogares encuestados, encontramos que la ayuda recibida como *primera respuesta* a la catástrofe, estuvo dada voluntariamente en su mayoría por vecinos, amigos o familiares.

Tabla 1: Primera respuesta recibida (Alzúa, 2013).

<i>¿de quién recibió la primer ayuda?</i>	<i>en zona urbana</i>	<i>en zona suburbana</i>	<i>en asentamientos</i>
Vecino-Amigo-Familiar	65.01%	57.36%	39.15%
Iglesia	13.65%	22.10%	26.86%
Estado	11.09%	10.69%	17.47%
Organizaciones sociales o políticas	10.23%	9.83%	16.50%

Tal como podemos observar en la tabla 1, en las zonas urbanas, la primera respuesta a cargo de vecinos, amigos o familiares alcanzó a un 65.01% de los hogares, disminuyendo a un igualmente significativo 57.36% en las zonas suburbanas, y siendo del 39.15% en los asentamientos.

Siguiendo a Dekker & Halman que definen voluntariado como la actividad no obligatoria y no remunerada, que beneficia a otro, se consideran *voluntarios* para el presente estudio a aquellas personas que se hayan abocado de manera espontánea, no remunerada y por propia determinación, a la asistencia de otros damnificados en los primeros minutos y horas posteriores al inicio de la catástrofe, sin contar con capacitación específica, ni formando parte de equipos de primera respuesta -bomberos, servicios de salud, fuerzas de seguridad-, ni de organizaciones civiles de asistencia, tales como Defensa Civil, Cruz Roja o Scout Argentina (Dekker & Halman, 2003, citado en Valenzuela, 2005).

Por su parte, Perry & Lindell señalan que en la mayoría de los grandes desastres, los primeros esfuerzos de búsqueda y rescate, son llevados cabo por los sobrevivientes del desastre dentro de la comunidad (Perry & Lindell, 2003, citado en Gant & Gant, 2012).

Desde la sociología y la psicología social, este comportamiento es explicado dentro del marco de la *conducta pro-social*, definida por Vander Zanden (1986) como un conjunto de actos realizados en beneficio de otras personas, una maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad.

## **Aspectos Metodológicos**

### ***Materiales y Métodos***

En los siguientes apartados se describen los aspectos metodológicos que sustentan el trabajo de campo de la presente investigación.

### ***Objetivo general***

Estudiar las relaciones entre resiliencia y secuelas psicológicas informadas por adultos damnificados voluntarios y no voluntarios expuestos a la inundación de La Plata (abril 2013).

### ***Objetivos particulares***

1. Evaluar y describir las secuelas psicológicas producidas por la inundación.
2. Evaluar y describir las dimensiones de resiliencia.
3. Estudiar las relaciones entre las dimensiones de resiliencia y las secuelas psicológicas en la muestra bajo estudio.
4. Analizar la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas entre voluntarios y no voluntarios.
5. Analizar la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas en función de las variables sociodemográficas.

### ***Hipótesis***

1. Los adultos damnificados con niveles elevados de resiliencia informarán una menor presencia de secuelas psicológicas.
2. Los adultos damnificados no voluntarios presentarán puntuaciones menores en resiliencia y niveles elevados de secuelas psicológicas.

### ***Diseño***

Este estudio empírico se basó en un diseño no experimental de tipo transversal, con metodología descriptiva y correlacional.

### ***Población y Muestra***

La población estuvo constituida por sujetos adultos, mayores de 18 años, que estuvieron expuestos a las inundaciones del 2 de abril de 2013 en la ciudad de La Plata.

La muestra bajo estudio –intencional no probabilística– se conformó por 104 personas. En todos los casos la participación fue voluntaria y anónima, bajo consentimiento informado. Para su obtención se realizaron varios viajes a la ciudad de La Plata, en donde se recorrieron las zonas más afectadas, siguiendo los informes elaborados por la Facultad de Ingeniería de la U.N.L.P, y por el CEDLAS (Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales) de la U.N.L.P en conjunto con el Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. La muestra en su totalidad fue obtenida entre los meses de Octubre de 2013 y Abril de 2014.

### ***Características de la muestra***

Se evaluaron 104 adultos, un 61.5% de mujeres y 38.5% de varones, con edades comprendidas entre 18 y 89 años ( $M=38.15$ ,  $DS=17.43$ ), y los grupos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: de 18 a 25 años: 35.6%; de 26 a 49 años: 39.4% y de 50 a 89 años: 25% (ver tabla 2 y tabla 3).

Tabla 2: Distribución de la muestra por sexo.

<b><i>muestra por sexo</i></b>	<b><i>frecuencia</i></b>	<b><i>porcentaje</i></b>
Mujeres	64	61.5%
Varones	40	38.5%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

Tabla 3: Grupos por edad de las personas entrevistadas.

<b><i>muestra por edad</i></b>	<b><i>frecuencia</i></b>	<b><i>porcentaje</i></b>
Jóvenes (18-25 años)	37	35.6%
Adultos (26-49 años)	41	39.4%
Mayores (50-89 años)	26	25.0%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

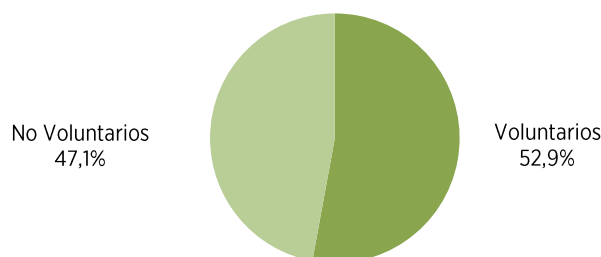
Sobre el total de la muestra, el 52.9% de los entrevistados había prestado ayuda a otros damnificados en los primeros minutos y horas de iniciada la catástrofe, de manera espontánea, no remunerada y por propia determinación, sin contar con capacitación específica, ni formando parte de equipos de primera respuesta, tales como bomberos, servicios de salud o fuerzas de seguridad, ni de organizaciones civiles de asistencia, tales como Defensa Civil, Cruz Roja o Scout Argentina. Es decir

que ayudaron de forma *voluntaria* a familiares, amigos o vecinos (ver tabla 4 y gráfico 1).

Tabla 4: Voluntarios en la muestra.

<i>muestra según voluntarios o no voluntarios</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Prestaron ayuda voluntaria	55	52.9%
No prestaron ayuda voluntaria	49	47.1%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

Gráfico 1: Voluntarios en la muestra.

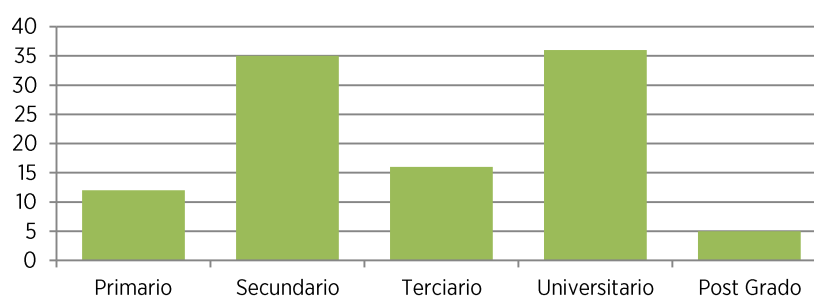


En cuanto al nivel de estudios, el 34.6% estaba constituido por universitarios con carrera completa o estudiantes, el 33.7% contaba con estudios secundarios completos o incompletos, el 15.4% con estudios terciarios, y el 4.8% con estudios de postgrado finalizados o en curso, mientras que el 11.5% de los entrevistados contaban únicamente con estudios primarios (ver tabla 5 y gráfico 2).

Tabla 5: Nivel de estudios de los entrevistados.

<i>máximo nivel de estudio (completo o en curso)</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Primario	12	11.5%
Secundario	35	33.7%
Terciario	16	15.4%
Universitario	36	34.6%
Post Grado	5	4.8%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

Gráfico 2: Nivel de estudios de los entrevistados.



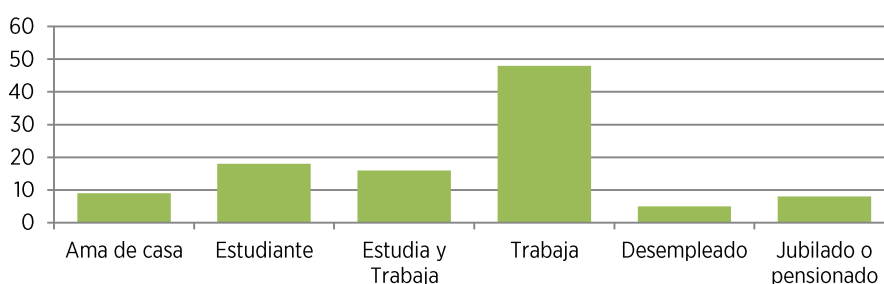
En relación a la actividad desarrollada por los entrevistados, el 32.7% de la muestra estaba conformada por estudiantes, algunos de los cuales sólo estudiaban

(17.3%) y otros trabajaban y estudiaban (15.4%). Estos últimos, sumados a los que sólo trabajaban (46.2%) conforman un 61.6% de personas ocupadas. El resto de la muestra estaba integrado por amas de casa (8.7%), jubilados o pensionados (7.7%), y personas desempleadas (4.8%) (ver tabla 6 y gráfico 3).

Tabla 6: Actividades que realizan los entrevistados.

<i>actividad que desarrolla</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Ama De Casa	9	8.7%
Estudiante	18	17.3%
Estudia y Trabaja	16	15.4%
Trabaja	48	46.2%
Desempleado	5	4.8%
Jubilado o pensionado	8	7.7%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

Gráfico 3: Actividades que realizan los entrevistados.

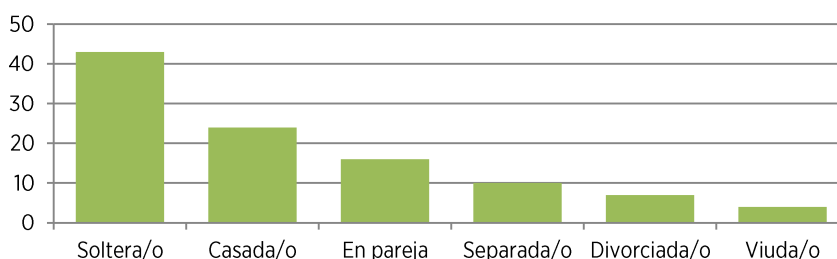


Con relación al estado civil, el 41.3% de los participantes eran solteros y el 23.1% casados. Además encontramos que el 15.4% de las personas estaban en pareja, el 9,6% separadas, el 6.7% divorciadas y un 3.8% de viudos (ver tabla 7 y gráfico 4).

Tabla 7: Clasificación por estado civil.

<i>estado civil</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Soltera/o	43	41.3%
Casada/o	24	23.1%
En pareja	16	15.4%
Separada/o	10	9.6%
Divorciada/o	7	6.7%
Viuda/o	4	3.8%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

Gráfico 4: Clasificación por estado civil.



Teniendo en cuenta la magnitud del desastre y la extensión de las zonas afectadas, los relevamientos fueron realizados en el casco histórico de la ciudad de La Plata, principalmente en los barrios Centro y La Loma, así como en el conurbano platense, en el barrio Los Hornos hacia el sur, en altos de San Lorenzo hacia el oeste, y en la zona Norte. En la muestra encontramos vecinos pertenecientes a 18 barrios platenses (ver tabla 8).

Tabla 8: Barrio donde vive el entrevistado.

<i>barrio</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
AEROPUERTO	1	1.0%
ALTOS DE SAN LORENZO	4	3.8%
BERISSO	1	1.0%
CASTELLI	2	1.9%
CENTRO	10	9.6%
CITY BELL	1	1.0%
GORINA	1	1.0%
LA LOMA	12	11.5%
LA PLATA	33	31.7%
LOS HORNOS	18	17.3%
MELCHOR ROMERO	1	1.0%
MERIDIANO V	4	3.8%
NORTE	3	2.9%
PARQUE SAAVEDRA	3	2.9%
RINGUELET	2	1.9%
SAN CARLOS	6	5.8%
VILLA ELISA	1	1.0%
VILLA ELVIRA	1	1.0%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

## Instrumentos

Se administró a cada participante un cuestionario de autoinforme que incluía las siguientes escalas:

### 1) Registro de datos básicos:

Incluye información sobre las variables socio-demográficas (sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, etc.).

### 2) Escala de Resiliencia RSA: (Hjemdal, 2007, adaptación argentina Castañeiras et al., 2010)

Consta de 33 ítems, con un sistema de respuesta de tipo diferencial semántico de siete puntos. Sus seis dimensiones hacen referencia a los factores protectores denominados: (1) Percepción del Self; (2) Planeamiento del Futuro; (3) Competencia Social; (4) Recursos Sociales; (5) Cohesión Familiar y (6) Estilo Estructurado.

De acuerdo a Hjemdal (2007) las propiedades psicométricas de la escala original de resiliencia para adultos (RSA) resultaron adecuadas, presentando coeficientes alfas de Cronbach entre 0,74 y 0.92 y un alfa total de 0.93.

La escala RSA puede ser utilizada como una medida válida y confiable para evaluar la presencia de factores de protección, importantes para recuperar y mantener la salud mental, en el área de la Salud y la Psicología Clínica (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003, citado en Hjemdal, 2007).

### 3) Escala de Secuelas Psicológicas de las Inundaciones: (Ortega et al., 2008)

La escala cuenta con 20 reactivos, del tipo Likert, que permiten evaluar la presencia de *secuelas psicológicas asociadas a personas afectadas por las inundaciones*, a partir de dos factores: (1) síntomas de ansiedad y estrés post-traumático (*TEPT*) y (2) síntomas de *depresión*.

Se trata de un instrumento breve, diseñado para medir los síntomas más frecuentes en las víctimas de inundaciones. Tal brevedad permite evaluar síntomas psicológicos en un menor tiempo en aquellas investigaciones en las que se requiere medir varios constructos sin fatigar a los participantes (Ortega et al. 2008).

El instrumento fue creado teniendo como base los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2001) para cada uno de los trastornos estudiados. Esparza et al. (2011)

sostienen que la estructura factorial de este instrumento fue validada a través del análisis factorial confirmatorio con una muestra independiente. La confiabilidad interna para el factor de ansiedad y TEPT es  $\alpha = 0.88$  y para el factor de depresión es  $\alpha = 0.85$ . La correlación de Pearson entre los dos factores es de  $r = 0.66$ .

#### **4) Cuestionario Ad-Hoc:**

Al final de la escala de secuelas psicológica se agregaron, siguiendo a Ortega et al. (2008), ocho reactivos que están diseñados para que el encuestado informe acerca del grado en que fue afectado en las áreas de la familia, el hogar, el trabajo y la economía. El último reactivo no se mide por escala; es un ítem de respuesta abierta que permite al encuestado expresar cuales fueron los daños que le causaron las intensas lluvias.

#### ***Procedimiento***

Se administraron individualmente y colectivamente, en el marco de entrevistas. Las mismas se realizaron en la vía pública, en algunos comercios y en hogares particulares, con una muy buena predisposición por parte de los entrevistados, manifestando en muchos casos la necesidad de “ser escuchados” ya que, en la mayoría de los casos, no habían contando con espacios de contención psicológica después de la catástrofe.

Cada administración se realizó en un único encuentro, con una duración que varió entre 20 y 40 minutos.

#### ***Análisis de Datos***

Una vez relevados los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos utilizando el software CPro v5.0 (paquete de distribución libre) para su codificación. Posteriormente la gestión y procesamiento se completó con el software SPSS v22.0 (paquete de evaluación) para su análisis. Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas ( $\%$ ,  $X$ ,  $DS$ ) e inferenciales (*t de Student*, *chi cuadrado* y *rho de Spearman*).

## Resultados

### **Caracterización de las Secuelas Psicológicas asociadas a las Inundaciones**

En relación al objetivo (1) de *evaluar y describir las secuelas psicológicas producidas por las inundaciones*, informadas por adultos damnificados de ambos sexos, pertenecientes a tres grupos de edad, se observó que, considerando la muestra total, no se presentaron en ningún caso puntuaciones muy elevadas.

En primer lugar se calcularon las medias y desvíos estándar correspondientes a cada una de las dimensiones y al puntaje total de la Escala (ver tabla 9).

Tabla 9: Medias y desvíos de las Secuelas Psicológicas cada dimensión y puntaje total.

<i>dimensiones y puntaje total</i>	<i>n</i>	<i>media</i> (rango 1 a 5)	<i>desvío est.</i>
Ansiedad y TEPT	104	2.40	0.87
Depresión	104	2.12	0.89
Secuelas Psicológicas (puntaje total)	104	2.26	0.77

Estos resultados indican que los adultos de la población bajo estudio, obtuvieron valores medios más altos en la dimensión *ansiedad y TEPT* ( $M=2.40$ ,  $DS=0.87$ ). Esta dimensión hace referencia a la presencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático, incluyendo la preocupación ante la posibilidad de nuevas lluvias, la tendencia a la evitación de tales circunstancias que operan como estresores, y la reexperimentación (flashback) de los acontecimientos vividos. En tanto la dimensión *depresión* ( $M=2.12$ ,  $DS=0.89$ ) hace referencia a la presencia de síntomas de depresión mayor, que incluyen sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa, inutilidad y desamparo, así como pérdida de interés y retraimiento (APA, 2001).

Luego se calcularon las frecuencias de puntuaciones altas y bajas correspondientes a cada una de las dimensiones y al puntaje total de la Escala. Para ello, a los efectos del presente estudio, se utilizó como criterio empírico asignar valor *alto* a todas las puntuaciones mayores o iguales al percentil 50 (p50), mientras que el valor *bajo* se asignó al grupo que obtuvo puntuaciones por debajo del p50 (ver tabla 10).

En relación al puntaje total, el 44.2% de la muestra presentó niveles altos ( $M=2.26$ ,  $DS=0.77$ ) de secuelas psicológicas.

Tabla 10: Puntajes de las Secuelas Psicológicas cada dimensión y puntaje total (valor de corte p50).

<i>dimensiones y puntaje total</i>	<i>secuelas psicológicas</i>				<i>total</i>	
	<i>baja</i>		<i>alta</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Ansiedad y TEPT</i>	60	57.7%	44	42.3%	104	100.0%
<i>Depresión</i>	51	49.0%	53	51.0%	104	100.0%
<i>Secuelas (puntaje total)</i>	58	55.8%	46	44.2%	104	100.0%

A continuación se describe el comportamiento que mostraron las puntuaciones para las diferentes dimensiones.

En la evaluación de síntomas de *ansiedad y trastorno estrés posttraumático (TEPT)*, el 42.3% de la muestra presentó niveles altos ( $M=2.13$ ,  $DS=0.89$ ). Esto es consistente con lo hallado por Rojas, Vargas & Trujillo (2008) en un estudio sobre víctimas de las inundaciones en Tingo María (Perú) en 2006, y por Norris, Murphy, Baker & Perilla (2004) sobre víctimas de las inundaciones Tezuitlán (México) en 1999.

Por su parte, en la evaluación de síntomas de *depresión*, el 51.0% de la muestra presentó niveles altos ( $M=2.40$ ,  $DS=0.86$ ). Esto es consistente con lo hallado por Romero & Morales (1992) en la inundación de El Limón (Venezuela) y con los valores informados por Ortega et al. (2008) sobre las muestras tomadas en Juárez (México) tras las inundaciones del año 2006.

También se elaboró una tabla de contingencias entre las pérdidas sufridas y las secuelas psicológicas informadas. Para establecer el *nivel de pérdidas* ( $M=2.59$ ,  $DS=1.15$ ) se tomaron en cuenta los ítems ad-hoc (21 al 27) de la escala. En la tabla 11 podemos observar que el 69.6% de las personas que informaron altos niveles de pérdidas, presentaron además altas puntuaciones en secuelas psicológicas, mientras que el 79,3% de las personas que informaron bajos niveles de pérdidas, presentaron también bajas puntuaciones en secuelas psicológicas. Se puede afirmar que existe una asociación,  $\chi^2_{(1,N=104)} = 25.10$ ,  $p < 0.01$ , entre el nivel de pérdidas y las secuelas psicológicas.

Tabla 11: Relación entre secuelas psicológicas y nivel de pérdidas

<i>secuelas psicológicas a las inundaciones</i>	<i>nivel de pérdidas</i>				<i>suma</i>	
	<i>bajas</i>		<i>altas</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Alto	14	30.4%	32	69.6%	46	100%
Bajo	46	79.3%	12	20.7%	58	100%
<b>Total</b>	<b>60</b>		<b>44</b>		<b>104</b>	

### **Caracterización de la Resiliencia**

En relación al objetivo (2) de *evaluar y describir las dimensiones de resiliencia en la muestra bajo estudio*, informadas por adultos de ambos sexos, pertenecientes a tres grupos de edad, se observó que, considerando la muestra total, no se presentaron en ningún caso puntuaciones muy elevadas.

En primer lugar se determinaron las puntuaciones totales para cada una de las seis dimensiones de la Escala RSA y se calcularon las medias y desvíos estándar correspondientes (ver tabla 12).

Tabla 12: Medias y desvíos para cada dimensión de la Escala RSA.

<i>factores protectores</i>	<i>n</i>	<i>media</i> (rango 1 a 7)	<i>desvío est.</i>
<i>Percepción del Self</i>	104	4.74	1.26
<i>Planeamiento de Futuro</i>	104	4.40	1.31
<i>Competencias Sociales</i>	104	5.03	1.28
<i>Recursos Sociales</i>	104	5.73	1.30
<i>Competencias Familiares</i>	104	4.93	1.39
<i>Estilo de Afrontamiento</i>	104	4.67	1.29

Estos resultados indican que los adultos de la población bajo estudio obtuvieron en la dimensión Recursos Sociales la media más alta, con un valor de 5.73 (1.30). Esta dimensión hace referencia a los vínculos con un conjunto definido de personas en los cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza, es decir, su red social de apoyo. Asimismo los resultados obtenidos indican que la población bajo estudio obtuvo el valor más bajo, con una media de 4.40 (1.31), en el factor Planeamiento para el Futuro, dimensión relativa a los proyectos de vida de las personas, la posibilidad de alcanzar metas y elaborar proyectos personales.

Partiendo de los datos normativos aportados por el GIEPsi<sup>2</sup> (versión preliminar al 2012), a los efectos del presente estudio, se estableció un punto de corte basado en un criterio estadístico (p50), a partir del cual se asignó el valor *alto* a todas las puntuaciones mayores o iguales al percentil 50, y el valor *bajo* a los restantes. La tabla 13 presenta las frecuencias correspondientes a los niveles altos y bajos informados para cada uno de los seis factores protectores de resiliencia evaluados con la Escala RSA.

Tabla 13: Puntajes para cada dimensión (valor de corte: p50).

<sup>2</sup> Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (GIEPsi), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

factores protectores	resiliencia				total	
	baja		alta		n	%
	n	%	n	%		
<i>Percepción del Self</i>	41	39.4%	63	60.6%	104	100.0%
<i>Planeamiento de Futuro</i>	48	46.2%	56	53.8%	104	100.0%
<i>Competencias Sociales</i>	42	40.4%	62	59.6%	104	100.0%
<i>Recursos Sociales</i>	40	38.5%	64	61.5%	104	100.0%
<i>Competencias Familiares</i>	56	53.8%	48	46.2%	104	100.0%
<i>Estilo de Afrontamiento</i>	47	45.2%	57	54.8%	104	100.0%

Las frecuencias mayores se encuentran en el factor Recursos Sociales, lo que indica que el 61.5% de la muestra presenta niveles altos, seguidas por Percepción del Self (60.6%), Competencias Sociales (59.6%), Estilo de Afrontamiento (54.8%) y Planeamiento a Futuro (53.8%). En tanto en Competencias Familiares sólo el 46.2% de la muestra presenta niveles altos.

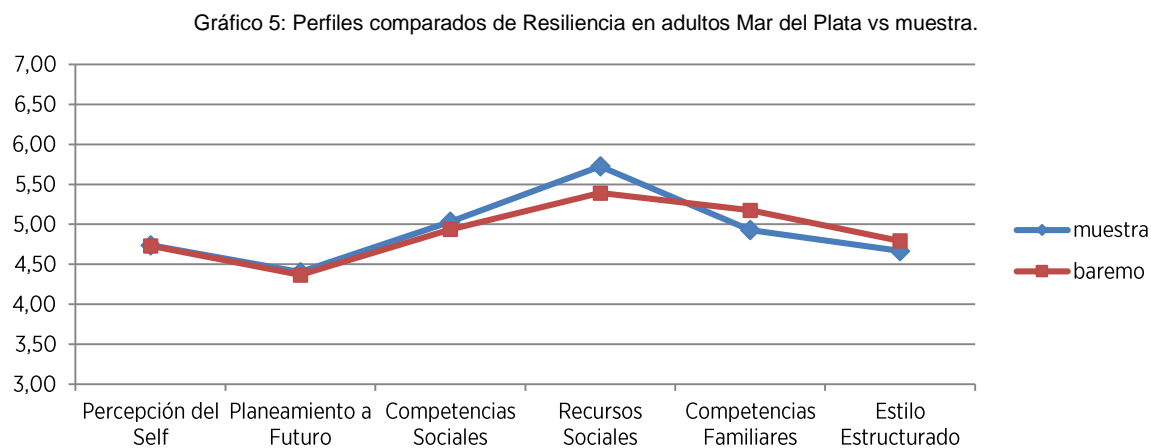
En relación a la estimación de un nivel general o puntaje total de resiliencia, Hjemdal (2007) no brinda ningún puntaje total para la Escala RSA, sino que propone analizar cada una de las dimensiones por separado.

No obstante, a los efectos del presente estudio, y con el propósito de poder analizar a los adultos damnificados que contaban con una alta puntuación en los factores resilientes en general, se utilizó como criterio empírico asignar un valor de "nivel general de resiliencia" *alto* a todos aquellos sujetos que cuentan con más de 3 factores protectores con puntaje alto, y un valor de "nivel general de resiliencia" *bajo* para los restantes casos. La tabla 14 presenta los resultados obtenidos, donde puede observarse que un 63,5% de las personas que conforman la muestra presentan un "nivel general de resiliencia" alto.

Tabla 14: valores de resiliencia.

<i>nivel general de resiliencia</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Alto	66	63.5%
Bajo	38	36.5%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

A modo ilustrativo se presentan a continuación los perfiles comparados entre la resiliencia informada por los adultos damnificados expuestos a las inundaciones de La Plata (muestra) y los datos normativos disponibles para población adulta de la ciudad de Mar del Plata (baremo) según datos elaborados en el GIEPsi (versión preliminar al 2012). En el gráfico 5 se muestran los puntajes medios totales para cada factor (valores entre 1 y 7).



### **Resiliencia y Secuelas Psicológicas según las variables sociodemográficas**

En relación al objetivo (5) que propone analizar la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas en función de las variables sociodemográficas se tomaron en cuenta las puntuaciones informadas por adultos damnificados de ambos sexos, pertenecientes a tres grupos de edad.

Primeramente se utilizó la prueba *t de Student* con el objeto de determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones informadas para cada una de las dimensiones de resiliencia o las secuelas psicológicas, y los grupos diferenciados por sexo.

No se encontraron diferencias significativas,  $t_{(102)}=0.52$ ,  $p=0.60$ , entre varones y mujeres en relación con las dimensiones de resiliencia. Esto indica que en la resiliencia como moderadora del sufrimiento y del estrés, tanto varones como mujeres emplean indistintamente las seis dimensiones protectoras para sobreponerse a los sucesos adversos de vida. La tabla 15 muestra las medias y desvíos estándar por sexo.

Tabla 15: medias y desvíos estándar en los factores de resiliencia por sexo

factores protectores	sexo					
	varones			mujeres		
	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>desvío est.</i>	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>desvío est.</i>
<i>Percepción del Self</i>	40	4.86	1.25	64	4.66	1.27
<i>Planeamiento a Futuro</i>	40	4.43	1.20	64	4.39	1.38
<i>Competencias Sociales</i>	40	4.95	1.21	64	5.08	1.32
<i>Recursos Sociales</i>	40	5.63	1.35	64	5.78	1.27
<i>Competencias Familiares</i>	40	4.90	1.29	64	4.95	1.45
<i>Estilo Estructurado</i>	40	4.33	1.06	64	4.88	1.39

Tampoco se encontraron diferencias significativas,  $t_{(102)}=0.86$ ;  $p=0.39$ , entre varones y mujeres en relación a las secuelas psicológicas. Esto indica que las secuelas psicológicas en personas expuestas a las inundaciones se presentan de manera indistinta en varones y mujeres. La tabla 16 muestra las medias y desvíos estándar por sexo.

Tabla 16: medias y desvíos estándar en las secuelas psicológicas por sexo

secuelas psicológicas	sexo					
	varones			mujeres		
	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>desvío est.</i>	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>desvío est.</i>
Depresión	40	2.05	0.89	64	2.17	0.89
Ansiedad	40	2.31	0.84	64	2.46	0.89
Secuelas Psicológicas	40	2.18	0.75	64	2.32	0.79

En el "nivel general de resiliencia", el 52.5% de los varones presentó puntuaciones altas, mientras que entre las mujeres, el 50.0% presentó nivel general alto (ver tabla 17).

Tabla 17: nivel general de resiliencia por sexo

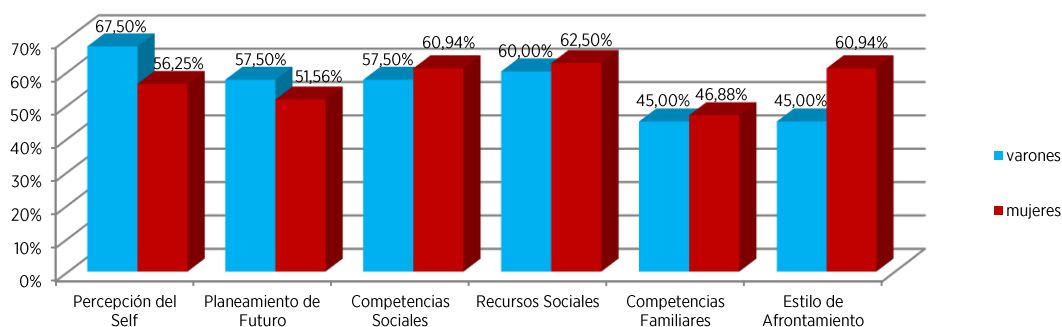
resiliencia (nivel general)	resiliencia				total	
	baja		alta		n	%
	n	%	n	%		
Varones	19	47.5%	21	52.5%	40	100.0%
Mujeres	32	50.0%	32	50.0%	64	100.0%
<b>Total</b>	<b>51</b>		<b>53</b>		<b>104</b>	

En tanto, analizando las frecuencias para cada dimensión, encontramos que los varones informaron porcentualmente mayores niveles en Percepción del Self (67.5%) y Planeamiento a Futuro (57.5%), mientras que las mujeres informaron porcentualmente mayores niveles en Competencias Familiares (46.8%), Competencias Sociales (60.9%), Recursos Sociales (62.5%) y Estilo de Afrontamiento (60.9%). Estos valores son concordantes lo hallado por Hjemdal (2007), quien sostiene que, si bien en el puntaje total no surgen diferencias significativas por género, los varones presentan puntuaciones significativamente más altas en Percepción del Self, en tanto que las mujeres calificaron más alto en Recursos Sociales (ver tabla 18 y el gráfico 6).

Tabla 18: Niveles altos y bajos para cada factor de resiliencia según sexo.

factores protectores	sexo							
	varones (n=40)				mujeres (n=64)			
	bajo	%	alto	%	bajo	%	alto	%
Percepción del Self	13	32.5%	27	67.5%	28	43.7%	36	56.2%
Planeamiento de Futuro	17	42.5%	23	57.5%	31	48.4%	33	51.5%
Competencias Sociales	17	42.5%	23	57.5%	25	39.0%	39	60.9%
Recursos Sociales	16	40.0%	24	60.0%	24	37.5%	40	62.5%
Competencias Familiares	22	55.0%	18	45.0%	34	53.1%	30	46.8%
Estilo de Afrontamiento	22	55.0%	18	45.0%	25	39.0%	39	60.9%

Gráfico 6: Niveles altos para cada factor de resiliencia según sexo.



En relación a las secuelas psicológicas, el 48.4% de las mujeres presentó puntuaciones altas, mientras que entre los varones, el puntaje alto correspondió al 37.5% (ver tabla 19).

Tabla 19: secuelas psicológicas por sexo

sexo	secuelas psicológicas				total	
	baja		alta		n	%
	n	%	n	%		
Varones	25	62.5%	15	37.5%	40	100.0%
Mujeres	33	51.6%	31	48.4%	64	100.0%
<b>Total</b>	<b>51</b>		<b>53</b>		<b>104</b>	

Estos resultados son consistentes con lo informado por Green (1994) y Norris (1992), quienes sostienen que el estudio de la variable género, en el diagnóstico del TEPT, muestra una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante el cumplimiento de los criterios de diagnóstico tras ser víctima de una situación traumática (Green, 1994; Norris, 1992, citados en Ayala & Ochotorena, 2004). También se halla en concordancia con lo aportado por Rovella, González & Solares (2008) en cuanto a mayores puntajes en las mujeres en la presencia de síntomas de Ansiedad y Depresión ante una situación traumática.

A los efectos de determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones informadas para cada una de las dimensiones de resiliencia o las secuelas psicológicas, y los tres grupos de edad se utilizó la prueba ANOVA de un factor, entre grupos independientes.

No se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre jóvenes (18 a 25 años), adultos (26 a 49 años) y mayores (50 a 89 años) en relación con las dimensiones de resiliencia. Esto indica que las seis dimensiones protectoras de la resiliencia se emplean indistintamente en los grupos de edad como moderadoras del sufrimiento y del estrés.

Tampoco se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre jóvenes, adultos y mayores con relación a las secuelas psicológicas. Esto indica que las secuelas psicológicas en personas expuestas a las inundaciones se presentan de manera independiente de la edad de la persona.

En la tabla 20 y la tabla 21 se muestran las medias y desvíos estándar para cada grupo.

Tabla 20: medias y desvíos estándar en los factores de resiliencia por edad

factores protectores	edad								
	jóvenes (18-25)			adultos (26-49)			mayores (50-89)		
	n	media	desvío est.	n	media	desvío est.	n	media	desvío est.
Percepción del Self	37	4.45	1.14	41	4.78	1.49	26	5.09	0.94
Planeamiento a Futuro	37	4.14	0.92	41	4.42	1.57	26	4.74	1.28
Competencias Sociales	37	4.89	1.11	41	5.16	1.42	26	5.03	1.28
Recursos Sociales	37	5.48	1.13	41	5.83	1.50	26	5.92	1.18
Competencias Familiares	37	4.53	1.03	41	5.07	1.65	26	5.28	1.28
Estilo Estructurado	37	4.34	1.08	41	4.80	1.46	26	4.90	1.24

Tabla 21: medias y desvíos en las secuelas psicológicas por edad

secuelas psicológicas	edad								
	jóvenes (18-25)			adultos (26-49)			mayores (50-89)		
	n	media	desvío est.	n	media	desvío est.	n	media	desvío est.
Depresión	37	2.13	0.81	41	2.16	1.03	26	2.06	0.76
Ansiedad	37	2.27	0.79	41	2.41	0.96	26	2.57	0.82
Secuelas Psicológicas	37	2.20	0.71	41	2.29	0.87	26	2.31	0.71

En el "nivel general de resiliencia", las puntuaciones altas correspondieron al 35.1% de grupo de los jóvenes, al 53.7% del grupo de adultos y al 69.2% del grupo de mayores (ver tabla 22).

Tabla 22: frecuencias por edad del nivel general de resiliencia

edad	resiliencia				total	
	baja		alta		n	%
	n	%	n	%		
Jóvenes (18-25)	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
Adultos (26-49)	19	46.3%	22	53.7%	41	100.0%
Mayores (50-89)	8	30.8%	18	69.2%	26	100.0%
<b>Total</b>	<b>51</b>		<b>53</b>		<b>104</b>	

En relación a las secuelas psicológicas, las puntuaciones altas correspondieron al 40.5% de grupo de los jóvenes, al 46.3% del grupo de adultos y al 46.2% del grupo de mayores (ver tabla 23).

Tabla 23: frecuencias por edad de las secuelas psicológicas

edad	secuelas psicológicas				total	
	baja		alta		n	%
	n	%	n	%		
Jóvenes (18-25)	22	59.5%	15	40.5%	37	100.0%
Adultos (26-49)	22	53.7%	19	46.3%	41	100.0%
Mayores (50-89)	14	53.8%	12	46.2%	26	100.0%
<b>Total</b>	<b>58</b>		<b>46</b>		<b>104</b>	

### **Relaciones entre Resiliencia y Secuelas Psicológicas**

En relación al objetivo (3) de estudiar las relaciones entre las dimensiones de resiliencia y las secuelas psicológicas en la muestra bajo estudio, informadas por adultos damnificados expuestos a las inundaciones de La Plata 2013, en primer lugar se realizó un análisis de correlaciones (*rho de Spearman*), entre las seis dimensiones de la escala de Resiliencia y las secuelas psicológicas, tomando en cuentas sus dimensiones y el puntaje total de la escala (ver tabla 24).

Tabla 24: Correlaciones entre las dimensiones de resiliencia y las secuelas psicológicas.

<i>factores protectores</i>	<i>Ansiedad y TEPT (coeficiente rho)</i>	<i>Depresión (coeficiente rho)</i>	<i>Secuelas Psicológicas (coeficiente rho)</i>
<i>Percepción del Self</i>	-0.378*	-0.629*	-0.567*
<i>Planeamiento de Futuro</i>	-0.257*	-0.478*	-0.422*
<i>Competencias Sociales</i>	-0.028	-0.220**	-0.138
<i>Recursos Sociales</i>	-0.203**	-0.424*	-0.337*
<i>Competencias Familiares</i>	-0.259*	-0.588*	-0.470*
<i>Estilo de Afrontamiento</i>	-0.036	-0.280*	-0.175

\*p<0.01; \*\*p<0.05

Al analizar las relaciones entre las variables evaluadas se halló que las secuelas psicológicas, consideradas en cada una de sus dimensiones, así como en el puntaje total de la escala, se relacionan negativamente con las seis dimensiones de resiliencia. Estos resultados indican que las personas que informan altos niveles de resiliencia presentan menores puntuaciones en secuelas psicológicas.

Luego se elaboró una tabla de contingencias entre las frecuencias de quienes presentaron puntajes alto o bajo en el "nivel general de resiliencia" y quienes presentaron puntajes alto o bajo en secuelas psicológicas. En la tabla 25 podemos observar que el 70.7% de las personas que informaron niveles altos de resiliencia, presentaron además un nivel bajo de secuelas psicológicas, mientras que el 73,9% de las personas que informaron niveles bajos de resiliencia, presentaron también un nivel alto de secuelas psicológicas.

Tabla 25: Relación entre resiliencia y secuelas psicológicas a las inundaciones.

<i>secuelas psicológicas a las inundaciones</i>	<i>nivel general de resiliencia</i>				<i>suma</i>	
	<i>bajo</i>		<i>alto</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Alto	31	73.9%	12	26.1%	46	100%
Bajo	17	29,3%	41	70.7%	58	100%
<b>Total</b>	<b>51</b>		<b>53</b>		<b>104</b>	

Estos resultados muestran una asociación,  $\chi^2(1, N = 102) = 20.42, p < 0.01$ , entre la resiliencia y las secuelas psicológicas, lo cual resulta consistente con lo planteado por Turner & Cox (2004) en relación a que los individuos resilientes presentan un importante grado de fortaleza personal y emocional para afrontar y superar las condiciones de alto impacto que vulneran su integridad (Turner & Cox, citado en Tedeschi & Calhoun, 2004).

Por su parte, Hjemdal (2007) aplicando la Escala RSA en personas que habían vivido eventos estresantes negativos en un período no mayor a 3 meses, pudo comprobar que los individuos que informaron los niveles más altos en la puntuación total de RSA no presentaban síntomas depresivos y de ansiedad a pesar de la exposición a eventos estresantes, mientras que los individuos que reportaron niveles más bajos de resiliencia desarrollaron niveles altos de síntomas psiquiátricos a continuación de la exposición a los eventos estresantes, lo cual indica que los acontecimientos no afectaron negativamente a los individuos que tenían más recursos de protección disponibles.

***Resiliencia y Secuelas Psicológicas en voluntarios y no voluntarios***

En relación al objetivo (4) de analizar la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas entre voluntarios y no voluntarios, informadas por adultos damnificados expuestos a las inundaciones de La Plata 2013 (muestra), se utilizó la prueba t de Student con el objeto de determinar si existen diferencias significativas entre los valores informados para cada una de las dimensiones de la Escala RSA de resiliencia o las secuelas psicológicas, en los grupos de voluntarios y no voluntarios.

Como resultado, encontramos que en los factores Percepción del Self, Planeamiento del Futuro, Recursos Sociales, Cohesión Familiar y Estilo Estructurado no se hallaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre los grupos de voluntarios y no voluntarios, lo cual indica que la decisión de prestar ayuda espontánea, desinteresada y voluntaria en situaciones de catástrofes, no estaría relacionada con la presencia o no de estos factores de resiliencia.

En lo referente a la Competencia Social, el grupo de voluntarios ( $M=5.30$ ,  $DS=1.14$ ) presenta mejores puntuaciones que los no voluntarios ( $M=4.76$ ,  $SD=1.35$ ); esta diferencia resultó estadísticamente significativa,  $t_{(102)}=2.12$ ,  $p=0.03$ , y estaría indicando una mejor predisposición para establecer relaciones sociales, y una mayor apertura a la socialización, por parte de quienes prestaron ayuda voluntaria.

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos de voluntarios y no voluntarios en relación con las secuelas psicológicas informadas, lo cual estaría indicando que el evento disruptivo puede impactar indistintamente en voluntarios y no voluntarios.

## Discusión

Este estudio empírico tuvo por objeto indagar la existencia de relaciones entre resiliencia y secuelas psicológicas en personas afectadas por las inundaciones de abril de 2013 en La Plata. Para dar cumplimiento a esto, se tomaron datos de adultos damnificados voluntarios y no voluntarios expuestos a la catástrofe.

Los objetivos que guiaron la investigación plantean evaluar y describir las secuelas psicológicas producidas por la inundación, evaluar y describir las dimensiones de resiliencia y estudiar las relaciones entre las dimensiones de resiliencia y secuelas psicológicas en la muestra bajo estudio. También se analizó la presencia de diferencias en resiliencia y secuelas psicológicas entre voluntarios y no voluntarios, así como el impacto del sexo y la edad sobre las variables evaluadas.

En relación al primer objetivo, el análisis de las secuelas psicológicas no produjo diferencias significativas entre los participantes asociadas al sexo. La presencia de síntomas de ansiedad, TEPT y de depresión en el grupo de las mujeres no difirió respecto de los varones ( $t_{(102)}=0.86$ ,  $p=0.39$ ).

Cuando se empleó un punto de corte ( $p_{50}$ ) para agrupar a varones y mujeres, según su puntaje alto o bajo, se encontró que el 48.4% de las mujeres presentó altas puntuaciones en secuelas psicológicas, mientras que en el grupo de los varones, sólo el 37.5% presentó altas puntuaciones. Esto es concordante con los resultados encontrados por otros autores (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; como se citó en Gaborit, 2006).

Tampoco se hallaron diferencias significativas entre los grupos etarios. Esto se contrapone con algunos autores que señalan una correlación negativa entre la edad de la persona y los síntomas de TEPT y depresión a consecuencia de eventos traumáticos (Cicchetti, 1993; Pynoos, Steinberg y Goenjian, 1996; Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995; Perry, 1997; como se citó en Gaborit, 2006).

Analizando la muestra total ( $n=104$ ) se observa que en el 44.2% de los adultos damnificados presenta secuelas psicológicas, con presencia de síntomas de trastorno de ansiedad y estrés postraumático en el 42.3% y síntomas de depresión en el 51.0% de los casos. Los datos obtenidos concuerdan con las investigaciones realizadas por Londoño et al., 2008; Norris, Murphy, Baker & Perilla (2004); Ortega et al. (2008); Rojas, Vargas & Trujillo (2008) y Romero & Morales (1992).

Por otro lado, se observa una correlación directa,  $\chi^2_{(1,N=104)}=25.10$ ,  $p<0.01$ , entre el nivel de pérdidas informadas y las secuelas psicológicas. Estos resultados son acordes con lo señalado por diferentes autores (Ayala, 2004; Blashki, Berry & Kidd, 2009; Norris, Murphi, Baker & Perilla, 2004; Sivak & Libman, 2007; Stanke et al., 2012), quienes señalan el fuerte impacto de las inundaciones en la salud mental, tanto por la presencia de factores directos como indirectos (Murray, 2011, citado en Dutton, 2013), los cuales provocan ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión (Ortega et al., 2008; Rojas, Vargas & Trujillo, 2008; Trujillo, 2007).

Respecto al segundo objetivo, en la Escala de Resiliencia, la dimensión Recurso Social presentó la media más alta. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de resiliencia, analizados para cada una de sus dimensiones, respecto del género. Esto coincide con lo informado por Kreisler (1996) y Villalta & Saavedra (2012). No obstante se encontraron algunas diferencias de género en relación a las frecuencias de valores alto y bajo para cada factor de Resiliencia. En este sentido, los varones informaron puntajes más altos en Percepción del Self (67.5%) y Planeamiento a Futuro (57.5%), mientras que las mujeres informaron puntajes más altos en Recursos Sociales (62.5%), Competencias Sociales (60.9%) y Estilo de Afrontamiento (60.9%), lo que resulta concordante con lo informado por Hjemdal (2007).

Si bien no se encontraron diferencias significativas en los valores medios de resiliencia por grupos de edad, se puede observar que entre los mayores (50 a 89 años), el 69.2% presentó un "nivel general de resiliencia" alto, mientras que entre los adultos (26 a 49) y los jóvenes (18 a 25), el nivel general alto fue alcanzado por el 53.7% y el 35.1% respectivamente.

En relación al objetivo de estudiar las relaciones entre las dimensiones de resiliencia y secuelas psicológicas, se observa que las secuelas psicológicas, consideradas en cada una de sus dimensiones, así como en el puntaje total de la escala, se relacionan negativamente con las seis dimensiones de resiliencia. Adicionalmente, analizando las puntuaciones altas y bajas entre resiliencia y secuelas psicológicas, se encontró una asociación,  $\chi^2_{(1,N=102)}=20.42$ ,  $p<0.01$ , entre ambas, lo cual apoya la hipótesis de que los adultos damnificados por las inundaciones que informan altos niveles de resiliencia presentan menores puntuaciones en secuelas psicológicas.

Estos resultados resultan consistentes con lo planteado por Turner & Cox (2004) en relación a que los individuos resilientes presentan un importante grado de fortaleza personal y emocional para afrontar y superar las condiciones de alto impacto que vulneran su integridad (Turner & Cox, citado en Tedeschi & Calhoun, 2004). En esta línea, cuando las personas se ven expuestas a situaciones que evalúan como adversas o de riesgo, pondrían en marcha funciones y procesos adaptativos normales en el ser humano, pero potenciados por las circunstancias, generando un ajuste saludable denominado *comportamiento resiliente* (Becoña, 2006; Bonanno, 2004; Latorre Nanjari, 2008; Poseck, Carbelo & Vecina, 2006). Por otra parte, se contraponen lo con planteado por Fraser, Richman & Galinsky (1999), que sostienen que los factores de riesgo son más potentes que los factores de protección, y que en un nivel alto de riesgo los factores de protección o no existen o son muy débiles para proteger la adversidad extrema (Fraser, Richman & Galinsky, 1999, citado en Villalba, 2003).

En relación a los voluntarios, el 52.9% de los participantes prestó ayuda solidaria, espontánea, y desinteresada, durante las primeras horas de iniciadas las inundaciones, a sus vecinos, familiares y amigos. En esta línea, Gant & Gant (2012) señalan que de todas las víctimas entrevistadas, en ocasión de un tornado en Wichita Falls (Texas) en 1979, el 59% prestaron ayuda a alguien, apenas se produjo la catástrofe. A su vez, los resultados observados son consistentes con lo informado por Alzúa (2013) quien sostiene que en las inundaciones de La Plata (Abril, 2013), las respuestas inmediatas y posteriores a la inundación fueron realizadas casi exclusivamente por las organizaciones de la sociedad civil.

Con respecto a los factores de resiliencia, asociados a la ayuda voluntaria, se encontró que para la Competencia Social, el grupo de voluntarios ( $M=5.30$ ,  $DS=1.14$ ) presentó mejores puntuaciones que los no voluntarios ( $M=4.76$ ,  $SD=1.35$ ); esta diferencia resultó estadísticamente significativa,  $t_{(102)}=2.12$ ,  $p=0.03$ , y estaría indicando que los voluntarios utilizan más el recurso social que los no voluntarios, lo cual implica que las personas de este grupo aplican los vínculos que poseen con un conjunto definido de personas como factor protector ante la adversidad. Este resultado es concordante con investigaciones referidas al apoyo social como moderador de la resiliencia para superar los efectos adversos de los factores de riesgo (Cyrułnik, 2002).

En relación a los grupos de voluntarios y no voluntarios, no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de resiliencia, a excepción de la

mencionada en Competencia Social, ni tampoco se encontraron diferencias significativas en secuelas psicológicas.

Ahora bien, se esperaba encontrar que los adultos damnificados que no prestaron ayuda voluntaria -los no voluntarios- presentaran puntuaciones menores en resiliencia y niveles elevados de secuelas psicológicas. Supuesto que no pudo ser corroborado. Sin embargo, cabe considerar las limitaciones presentes en este estudio, las cuales podrían haber afectado las conclusiones obtenidas. Una de estas limitaciones se refiere al tamaño reducido de la muestra, la cual podría no ser significativa en relación al número total de adultos damnificados. En este sentido, sería de interés replicar esta investigación, incluyendo en la muestra a una mayor cantidad de sujetos.

Otra de las limitaciones que podría haber incidido alude a no disponer de evaluaciones en la población diana, previas a la catástrofe, de los niveles de ansiedad, TEPT y depresión, que componen las dimensiones de la Escala de secuelas psicológicas asociadas a personas afectadas por las inundaciones. Esto seguramente hubiera permitido estudiar en mejor grado la relación causal entre los síntomas y el evento disruptivo. También se encontraron limitaciones teóricas debido a la poca disponibilidad de estudios de catástrofes enfocados desde el marco salutogénico.

La investigación realizada permitió corroborar que los factores protectores de la resiliencia ayudan a moderar el impacto psicológico negativo ocasionado por las inundaciones, lo que señala la urgencia de definir, desarrollar y evaluar programas de prevención y atención psicosocial, dentro del marco de la Psicología de la Emergencia, centrados en un enfoque salutogénico, orientados a la promoción de la salud y el desarrollo de la resiliencia (APA, 2013; Echeburúa & Corral, 2007; UNISDR, 2014), en concordancia con los lineamientos de la Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres (ONU, 2014), que ayuden a prevenir problemas de salud mental y a favorecer el ajuste saludable y la calidad de vida de la población víctima del desastre.

## Referencias Bibliográficas

- Alzúa, M.L. (2013). Medición de impacto socioeconómico de las inundaciones en La Plata (Abril 2013). La Plata: UNLP, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS). Recuperado de: <http://cedlas.econo.unlp.edu.ar/>
- American Psychiatric Association. (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Cómo controlar la ansiedad relacionada con las inundaciones creando resiliencia. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/ansiedad-inundaciones.aspx>
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Araya, C. (2001). Psicoprevención y Psicología de la Emergencia. Santiago: Editorial Infolink/Kartel.
- Arias, M., A. (2012). Teoría Crítica y Derechos Humanos: hacia un Concepto Crítico de Víctima. *Nómaditas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 36 (4). doi: 10.5209/rev\_NOMA.2012.v36.n4.42298
- Ayala, J. L. & Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. doi: 10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024
- Benveniste, A. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Trópicos: Revista de Psicoanálisis*, 8 (1), 137-148.
- Benyakar, M. (2003). Lo disruptivo. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. (2012). Lo disruptivo y lo traumático: Vivencias y Experiencias. *Imago Revista*, 160.
- Blashki, G., Berry, H.L. & Kidd, M.R. (2009). Primary Health Care Responses to Climate Change. *Australian Health Review*, 34(4), 441-444. doi: 10.1071/AH09829
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Castañeiras, C. E. et al., (2010). Adaptación argentina de la Escala de Resiliencia para Adultos (ERA). Documento no publicado. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPsi. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Cyrułnik, B. (2002). Los patitos feos: La Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: GEDISA.
- Dutton, K. (2013). La Vulnerabilidad de la Tercera edad en Desastres Naturales: Un Estudio de la Inundación en La Plata, Argentina el 2 de abril de 2013 = The vulnerability of the elderly during natural disasters: A study of the flooding in La Plata, Argentina on April 2nd, 2013. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 1583. Recupeado de [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/1583](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1583)
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Esparza, O. A., Carrillo, I. C., Montañez, P., Quintana, L. N., & Quiñones, J. (2011). Propiedades psicométricas de la Escala de Secuelas Psicológicas de las Inundaciones. *Enseñanza e*

- Investigación en Psicología, 16 (2), 263-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29222521004.pdf>
- Everly, G.S. (1995). Psychotraumatology. En G.S. Everly & J.M. Lating (Eds.). Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. Pensamiento Psicológico, 2 (7), 15-39.
- Gant, P. & Gant, R. (2012). Psicología de los desastres: derribar los mitos del pánico. Planificación para Emergencias. Recuperado de: [http://www.asse.org/assets/1/7/042\\_049\\_F1Gan\\_0812\\_M.pdf](http://www.asse.org/assets/1/7/042_049_F1Gan_0812_M.pdf)
- García, M., Mateu, R., Flores, R. & Gil, J. (2013) La resiliencia y las víctimas de desastres. Cuadernos de Crisis, 12 (1).
- Hjemdal, O. (2007). Measuring protective factors: the development of two resilience scale in Norway. Child and Adolescent psychiatric clinics of North America, 16, 303-321.
- iAgua. (s.f., 24 de Marzo de 2015). Los desastres naturales, cada vez más comunes y frecuentes con un clima que cambia de manera permanente. Madrid: iAgua. Disponible en <http://www.iagua.es/noticias/banco-mundial/15/03/24/desastres-naturales-cada-vez-mas-comunes-y-frecuentes-clima-que>
- Jara, M. (2015). Soporte Prevención: Psicología de la Emergencia. Recuperado de <http://sites.google.com/site/soporteprevencion>
- Kreisler, L. (1996). La résilience mise en spirale. Spirale, 1, 162-165.
- Latorre Nanjari, J. (2008). El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la Psicología de la Salud: una revisión de publicaciones en español. Psicología y Salud, 18(2), 267-274
- Liscia, S. (2013). Estudio sobre la inundación ocurrida los días 2 y 3 de abril de 2013 en las ciudades de La Plata, Berisso y Ensenada. La Plata: UNLP, Facultad de Ingeniería, Departamento de Hidráulica. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27334>
- Londoño, N., Patiño, C., Restrepo, D., Correa, J., Raigoza, J., Toro, M., Jaramillo, G. & Rojas, C. (2008). Perfil Cognitivo Asociado al Trastorno por Estrés Postraumático en Víctimas de Violencia Armada. Informes Psicológicos, 10, 11-27.
- Lucesole, M. J. (5 de julio de 2014). Los muertos por el temporal fueron 89. La Nación. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1707297-los-muertos-por-el-temporal-fueron-89>
- Morosi, P. (7 de abril de 2013). La catástrofe deja pérdidas en La Plata por \$ 4000 millones. La Nación. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1570435-la-catastrofe-deja-perdidas-en-la-plata-por-4000-millones>
- Norris, F., Murphy, A., Baker, C. & Perilla, J. (2004). Postdisaster PTSD Over Four Waves of a Panel Study of Mexico's 1999 Flood. Journal of Traumatic Stress, 17(4), 283-292.
- Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR). (2014). Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres. Guayaquil: UNISDR (ed). Recuperado de [http://www.eird.org/pr14/docs/Comunicado\\_Guayaquil\\_PR14\\_V29May14.pdf](http://www.eird.org/pr14/docs/Comunicado_Guayaquil_PR14_V29May14.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1992). Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Recuperado de <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/convsp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2014). Aplicación de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres: Informe de la Asamblea General (A/69/364). Recuperado de <http://www.preventionweb.net/files/resolutions/N1452552.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Recuperado de <http://helid.digicollection.org/es/d/Js2923s/>
- Ortega, R., Griffens, C. I., Romero, C. L., & Esparza, O. A. (2008). Elaboración de la Escala de Secuelas Psicológicas a Consecuencia de las Inundaciones. *Avances*, 204. México: Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez.
- Pérez, K. (1999). Vulnerabilidad y desastres: Causas estructurales y procesos de la crisis de África. *Cuadernos de Trabajo de Hegoa*, 24 (1), 1-63.
- Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Poseck, B. (2008). Resiliencia y crecimiento postraumático: Resistir y crecer ante la adversidad (108-121). Madrid: Calamar Ediciones.
- Poseck, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Real Academia Española (RAE). (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rodríguez, J., Zaccarelli, M. & Pérez, R. (eds.). (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): Washington. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/paho\\_guia\\_practicade\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf)
- Rojas, M., Vargas, J. & Trujillo, O. (2008) Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: prevalencia y efectos de su desplazamiento a un albergue. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 25 (1), (66-73).
- Romero, G. & Morales, M. (1992) Reacciones psicológicas ante un desastre natural: La inundación de El Limón. *Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 1(1)
- Rovella, A., González, M. & Solares, E. (2008). Diferencias de género en ansiedad generalizada y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sivak, R. & Libman, J. (2007). Estrés, trauma e intervención en desastres. Buenos Aires: Ed. Akadia.
- Stanke, C., Murray, V., Amlôt, R., Nurse, J. & Williams, R. (2012). The Effects of Flooding on Mental Health: Outcomes and Recommendations from a Review of the Literature. *PLOS Currents*, 2012, 4. doi: 10.1371/4f9f1fa9c3cae.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- Trujillo, H. M. (2007). Hacia una mejor comprensión psicológica de las catástrofes. *Psicología Conductual*, 15(3), 339-371.
- Valenzuela, R. (2005). Valores y Bienestar Subjetivo en Estudiantes Voluntarios de una universidad privada de Lima. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/616>
- Valero, S. (2002). Psicología en Emergencias y Desastres. Lima: Ed. San Marcos.
- Vander Zanden, J. (1986). Manual de Psicología Social. Barcelona: Paidós.

Villalba, Q. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar: Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 12 (3), 283-299.

Villalta, M. A. & Saavedra, E. (2012). Cultura escolar, prácticas de enseñanza y resiliencia en alumnos y profesores de contextos sociales vulnerables. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 67-78.





Recuerda que debes expresar **cómo eres habitualmente** o en **cómo has estado este último mes**, en tus **pensamientos** y en tus **sentimientos**.

9	Ser flexible en las situaciones sociales	No es importante para mí								Es muy importante para mí
10	Me siento	Muy feliz con mi familia								Muy infeliz con mi familia
11	Los que consiguen alentarme son	Algunos buenos amigos/familiares								No hay nadie que consiga alentarme
12	Cuando empiezo asuntos/proyectos nuevos	Casi nunca los planifico con anticipación, simplemente los llevo a cabo								Prefiero tener un plan
13	Mis juicios y decisiones	A menudo dudo de ellos								Confío en ellos plenamente
14	Mis metas	Sé cómo conseguirlas								Tengo inseguridad sobre cómo conseguirlas
15	Las nuevas amistades son algo que	Hago fácilmente								Hago con dificultad
16	Mi familia se caracteriza por la	Desunión								Unión sana
17	Los vínculos con mis amigos/as son	Débiles								Fuertes
18	Soy bueno/a para	Organizar mi tiempo								Malgastar mi tiempo
19	Creer en mí mismo/a	Me ayuda a superar momentos difíciles								Es de poca ayuda en momentos difíciles
20	Mis metas para el futuro	Son confusas								Están cuidadosamente planificadas
21	Conocer gente nueva es	Una dificultad para mí								Algo que me resulta fácil
22	En períodos difíciles mi familia	Mantiene una perspectiva positiva del futuro								Ve el futuro negro
23	Cuando un familiar sufre una crisis o emergencia	Estoy informado/a al momento								Pasa bastante tiempo hasta que me informan
24	Las normas y las rutinas	Están ausentes en mi vida diaria								Son una parte de mi vida diaria
25	En períodos difíciles tengo tendencia a	Verlo todo negro								Encontrar algo que me ayude a luchar y a prosperar
26	Cuando estoy con otros	Me río fácilmente								Casi nunca me río
27	De puertas afuera en nuestra familia actuamos	Sin mostrarnos apoyo los unos a los otros								Nos mantenemos leales a los otros miembros de la familia
28	Recibo apoyo de	Amigos/familiares								Nadie
29	Los sucesos de mi vida que no dependen de mí	Puedo llegar a asimilarlos								Son una fuente constante de preocupaciones
30	Para mí, pensar en buenos temas de conversación es	Difícil								Fácil
31	En mi familia nos gusta	Hacer cosas juntos								Hacer cosas en solitario
32	Cuando lo necesito	No tengo a nadie que pueda ayudarme								Siempre tengo a alguien que pueda ayudarme
33	Mis amigos íntimos/familiares	Aprecian mis cualidades								No aprecian mis cualidades



Universidad Nacional de Mar del Plata  
 Facultad de Psicología  
 Investigación sobre damnificados por las inundaciones de la ciudad de La Plata

Nº

A partir de las intensas lluvias que sufrió la ciudad indique qué tanto se le han presentado a usted los siguientes problemas. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo único que deseamos es saber su **opinión**. Por favor marque la opción que más se acerque a **lo que usted siente**:

		Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Demasiado
1	¿Ha sentido menor interés o placer en las cosas que antes disfrutaba?					
2	¿Se ha sentido triste, sin esperanza o desanimado(a)?					
3	¿Ha tenido dificultad para dormir, mantenerse dormido o al contrario dormir demasiado?					
4	¿Se ha sentido fatigada o con menos energía?					
5	¿Se ha sentido con poca hambre o por lo contrario con mucha hambre?					
6	¿Ha sentido que usted es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo?					
7	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como ver televisión o al leer algún escrito?					
8	¿Ha sentido que se mueve o habla más lentamente que antes o, por lo contrario, que está agitado(a) o inquieto(a) más que antes?					
9	¿Ha tenido pensamientos de quererse morir o de dañarse a si mismo(a)?					
10	¿Ha sentido ansiedad o preocupación de que vuelva a llover?					
11	¿Le ha sido difícil controlar la preocupación de que vuelva a llover?					
12	¿Tiene recuerdos frecuentes durante el día acerca de su experiencia con las lluvias?					
13	¿Estos recuerdos, acerca de la lluvia, llegan de repente de manera que interrumpe sus labores u otros pensamientos?					
14	¿Ha tenido la sensación de que esta reviviendo las experiencias anteriores que tuvo con la lluvia?					
15	¿Siente miedo, temor, o ansiedad cuando ve el cielo nublado o escucha noticias de que hay probabilidades de lluvia?					
16	¿Tiene reacciones físicas (por ejemplo, tensión muscular, dolor de estomago, sensación de sofocamiento, palpitaciones, sequedad en la boca) cuando ve el cielo nublado o escucha noticias de que hay probabilidades de lluvia?					
17	¿Evita pensar o hablar acerca de las experiencias que tuvo con la lluvia?					
18	¿Evita salir de su casa cuando ve el cielo nublado o escucha noticias de que hay probabilidades de lluvia?					
19	¿Se ha apegado más a gente que es importante para usted?					
20	¿Ha estado más al pendiente de los pronósticos del clima?					
21	¿Qué tanto le afectó las inundaciones a su familia?					
22	¿Qué tanto le afectó a su vivienda? (la construcción: techo, paredes, pisos)					
23	¿Qué tanto le afectó a los muebles de su casa? (incluyendo electrodomésticos)					
24	¿Qué tanto le afectó a fotos, documentos, recuerdos personales?					
25	¿Qué tanto le afectó a su trabajo?					
26	¿Qué tanto le afectó a su economía?					
27	¿En general, qué tanto le afectó a su vida?					
28	Escriba cuales fueron los daños que le causaron las lluvias					

### Anexo 2 - Consentimiento Informado



Universidad Nacional de Mar del Plata  
Facultad de Psicología  
Investigación sobre damnificados por las inundaciones de la ciudad de La Plata

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Claudio Cepeda y Silvana Lapolla, alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es una investigación sobre los damnificados por las inundaciones de la ciudad de La Plata.

Se me ha indicado también que tendré que responder cuestionarios en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

.....  
Nombre del Participante

.....  
Firma del Participante

.....  
Fecha