

## **6. Respuesta ante los problemas generados por los desastres**

Frente a los desastres se debe tener en cuenta el siguiente accionar:

- Lo primero a realizar es la atención de las situaciones que ponen en peligro la vida humana y velar por las necesidades básicas de los individuos y la comunidad
- Preparar un plan de contingencia inmediata por si se repite el evento
- Posteriormente se harán labores de atención primaria tanto de salud integral como de salud mental.

Se identificarán las necesidades y las posibilidades de respuesta.

- Se velará por la organización de los sistemas administrativos eficientes y reorganización de red prestadora de servicios básicos (médicos, comunicaciones, agua, alcantarillado, vivienda, entre otros).
- Ubicar el plan de reestructuración a nivel multi-institucional con participación de los afectados e iniciar el plan de reconstrucción de la infraestructura y del área psicosocial, tendientes a normalizar la vida ciudadana y cotidiana lo más pronto posible. Se debe establecer un seguimiento sobre los individuos y la familia, haciendo hincapié en la necesidad de organización de grupos; así mismo, fortalecer las acciones proactivas.
- A los individuos que tengan problemas específicos se les hace seguimiento individual; posteriormente se les vincula a grupos de seguimiento y trabajo.
- A nivel de comunidad fortalecer los límites, velar por la adquisición de compromisos que tiendan a estructurar organizaciones viables y estables dentro de esa comunidad, así como fortalecer la autogestión y la formación de líderes con miras a adquirir autonomía y hacer realidad los planes de reestructuración y reconstrucción, a corto mediano y largo plazo.

## 6.1. Reestructuración y reconstrucción

Las áreas de interacción y fortalecimiento se deben dar en los siguientes espacios:

- **Físico-arquitectónico**, que tiene que ver con los recursos de la comunidad, el reparto del espacio y la calidad del medio.
- **Socio-demográfico**: se deben tener en cuenta la calidad de la gente y los componentes biográficos.
- **Psicosociales**: el clima social, redes de apoyo social e integración de los grupos.
- **Conductuales**: escala de desarrollo, objetivos del desarrollo personal y comunitario, capacidad de adaptación al contexto.
- **Interacción**: persona - familia - comunidad. Proyecto común.

(Adaptado de *Franch, Martinell. 1994*).

## 6.2. Primeros auxilios psicológicos

Hacen referencia a la ayuda inicial que se ofrece a las personas o comunidades que presentan dificultades emocionales. Se refiere a la situación psicológica inmediata o a la urgencia mental.

Se entiende por urgencia mental la situación creada en y por una persona víctima de una dificultad emocional o de un desorden mental que puede derivar en daño hacia sí mismo o hacia los otros o deterioro de pertenencias físicas. Las situaciones más frecuentes son las agitaciones psicomotoras, intentos de suicidio, violencia, ansiedad, depresión y psicosis.

Quien suministre los primeros auxilios psicológicos debe saber que sus propios valores y personalidad son de gran utilidad para establecer algún tipo de relación, comunicación, razonamiento y actuación adecuados.

El auxiliador en salud mental debe:

- Conocer, comprender y comprometerse
- Evaluar y apoyar

- Establecer relación empática
- Buscar el modo posible y el espacio adecuado.
- Saber sus posibilidades y limitaciones personales.
- Orientar.
- Tener capacidad de solidaridad y actuar efectivamente.
- Establecer interacción y contacto.
- Identificar problemas específicos y principales.
- Manejar la confidencialidad.
- Establecer posibles soluciones.

Los primeros auxilios psicológicos se pueden practicar en las diversas fases de un desastre:

**Fase de preimpacto:**

- Establecer comunicación oral (conversación) y corporal.
- Brindar confianza y seguridad.
- Permitir que la persona organice sus ideas y exprese sus sentimientos.
- Clarificar la situación y dar información veraz y realista.
- Impulsar la acción que tienda a enfrentar y resolver la situación dada.

**Fase de impacto:**

- Cuidados básicos y generales que salven y conserven la vida
- Mantener contacto físico
- Dejar hablar y escuchar
- Tranquilizar las personas (ansiosos e hiperactivos)
- Actuar con calma, lo cual ejerce efecto tranquilizador
- Facilitar catarsis y desahogo

- Acompañar a la persona
- Dar privacidad.

#### **Fase postraumática:**

- Las personas deben aprender a vivir en un ambiente totalmente diferente y enfrentar los sentimientos dolorosos unidos a las pérdidas
- Organizar los sistemas de apoyo afectivo, material y jurídico
- Reconstruir los límites y las creencias
- Clarificar la culpa

#### **Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos:**

Después de un desastre, la vida cotidiana sufre una alteración importante y se debe hacer un inventario y análisis de lugares, momentos y situaciones con miras a establecer una reestructuración. Se establecerá entonces un inventario que comprenda:

- Situaciones complejas e imprevisibles (lluvia, oscuridad, accidentes)
- Momentos determinados por situaciones externas no controlables (lluvia, accidentes, repeticiones del evento)
- Momentos que requieren organización de servicios comunes (comida, limpieza)
- Momentos vividos colectivamente (juegos, veladas, reuniones), puesta en común de situaciones vividas
- Discusión y planeación conjunta con instituciones y asesores
- Red de soporte social (formal e informal), fortalecer y reestructurar la red.

<b>Etapas</b>	<b>Que hacer</b>	<b>Que no hacer</b>
Realizar contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Escuchar cuidadosamente</li> <li>■ Reflejar sentimientos y hechos</li> <li>■ Establecer empatía</li> <li>■ Comunicar aceptación</li> <li>■ Controlar el ambiente y el paciente</li> <li>■ Plantear preguntas abiertas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Contar "tu propia historia"</li> <li>■ Ignorar sentimientos o hechos</li> <li>■ Juzgar o tomar partido</li> <li>■ Depender de preguntas de sí/no</li> </ul>
Dimensionar el problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pedir a la persona que sea concreta</li> <li>■ Evaluar la morbilidad</li> <li>■ Valorar funcionalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Permitir abstracciones continuas</li> <li>■ Soslayar las señales de "peligro"</li> <li>■ Permitir visión tubular</li> </ul>
Posibles soluciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alentar la lluvia de ideas</li> <li>■ Establecer prioridades - futuro</li> <li>■ Reactivar capacidad de solucionar problemas</li> <li>■ Dar un paso cada vez</li> <li>■ Establecer metas específicas a corto plazo</li> <li>■ Actitud facilitadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dejar obstáculos sin examinar</li> <li>■ Tolerar una mezcla de necesidades</li> <li>■ Intentar resolverlo todo ahora</li> <li>■ Ser tímido</li> <li>■ Tomar decisiones que comprometan a largo plazo</li> </ul>
Acción Concreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hacer sólo lo necesario</li> <li>■ Ser directivo sólo cuando sea necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abstenerse de tomar decisiones</li> </ul>
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluar los pasos de las acciones</li> <li>■ Valorar soluciones posteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dejar la evaluación a alguien más</li> <li>■ Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción por sí mismo</li> </ul>

Fuera de esto se establecerá un marco de relación en el cual se contemplen las situaciones que hay que enfrentar y mejorar, en materia de necesidades básicas y salud mental, presentando metas

a cumplir que estarán asignadas a pequeños grupos de trabajo en la colectividad.

Se tendrán en cuenta las situaciones que son específicamente de la colectividad y que necesitan de cooperación y competencias concretas.

Se debe hacer una lista de necesidades detectables en la comunidad:

- Necesidades relativas al cuerpo: supervivencia, seguridad, alimentación, reposo, movimiento, ritmo, ejercicio al aire libre, esparcimiento.
- Necesidades relativas a la relación: estar con otros, búsqueda de compañía, afecto, seguridad y atención.
- Necesidades relativas a la significación y al orden de las cosas; asimismo a la realización intelectual (Adaptado de *Franch, Martinell, 1994*).

Las necesidades expuestas anteriormente requieren de un marco comprensible donde actuar, con pautas de interpretación dentro de una situación a vivir, constitución de un orden regulador y participación del entorno para construir así un orden de significancias. Lo anterior va dirigido a normalizar la vida cotidiana que es algo más que el ritmo invariable de cada día: la rutina.

Dentro de todo este marco expuesto hay una serie de medidas relativas a la expresión personal que están centradas en:

- La acción dirigida hacia sí mismo.
- La expresión de sentimientos.
- La realización de sus propios proyectos.
- Las posibilidades de estimulación, reconocimiento y creación.  
1, 5, 6, 16, 17, 29, 30

**Sistema de reconstrucción:** una de las herramientas que se emplean en la reconstrucción después de un desastre es la educación social con la cual se tiende a modificar determinadas situaciones sociales, a través de estrategias educativas y sirve como

factor dinamizador de la colectividad, convirtiéndola en un agente de cambio social. Con ello la comunidad y el individuo mejoran su capacidad de adaptación y dan respuestas a nuevas demandas sociales.

En las comunidades afectadas por un desastre se deben realizar las siguientes acciones, teniendo en cuenta las etapas de sensibilización, movilización, concientización, participación y autogestión:

- Levantar un diagnóstico de la situación real de la comunidad.
- Realizar un balance de lo positivo y negativo, además de priorizarlo con miras a una intervención.
- Planificar los tipos de acción a llevar a cabo, entre ellos la capacitación de personal de la misma comunidad.
- Crear y desarrollar procesos que faciliten activar formas de comportamiento y acción que lleven a enfrentar las situaciones adversas.
- Ayudar a establecer canales de comunicación, liderazgo, planes vitales, personales y comunitarios, y una filosofía que dé razón y contenido a la acción que se emprende.
- Detectar los problemas y plantear posibles soluciones.
- Conformar grupos de autoayuda.
- Detectar y canalizar el trabajo de líderes comunitarios.
- Proyectar y desarrollar acciones de recuperación psicosocial.

De igual manera, los procesos de recuperación deben llevar a:

- Fomentar la salud física y mental.
- Recuperar la dignidad y el respeto a sí mismo.
- Ejercitar sus derechos y deberes.
- Extender la atención a las necesidades que surjan con el tiempo.
- Recuperar la identidad y el rol social.

- Fomentar el fortalecimiento familiar y de grupo que tienda a la construcción de una comunidad que dé respuesta a las esperanzas y de estabilidad de los sueños individuales y colectivos.
- Reintegrar a la vida cotidiana donde se fortalezcan las rutinas y el marco de seguridades sociales (trabajo, escuela, salud, creencias, recreación, etcétera).
- Retomar y fortalecer los valores culturales y tradicionales propios de la región.

Los procesos de recuperación están apoyadas por las labores de reconstrucción que implican:

- Satisfacción de necesidades básicas.
- Apoyo económico y generación de ingresos.
- Orientación, consejo y apoyo psicológico.
- Apoyo técnico y estructural para la creación, reconstrucción o rehabilitación de los servicios de la comunidad.
- Reintegración de las personas de la comunidad, promoción del bienestar social y fortalecimiento de actividades recreativas especialmente para los niños.
- Organización, reorganización o habilitación de la asistencia en salud y rehabilitación.
- Organización de proyectos de desarrollo social.
- Reconstruir ambientes de normalidad y seguridad.

Todo lo anterior implica utilizar a nivel psicosocial modelos de intervención que tienen como fin elaborar la experiencia traumática, el manejo de síntomas y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Por ello es importante que:

- Se detenga el proceso psicológico de deterioro o disfuncionalidad.

- Se reduzca el impacto traumático de estrés adicional.
- Se reduzcan los sentimientos de anormalidad.
- Se brinde orientación y apoyo para el manejo de sentimientos.
- Se mejore la toma de decisiones.

Para lo cual es importante utilizar una guía de manejo que comprende:

- Analizar y resaltar hechos.
- Averiguar sobre pensamientos e imágenes.
- Reconocer sentimientos.
- Apoyar, tranquilizar, enseñar.
- Evaluar los problemas.
- Detectar el conflicto básico.
- Establecer una propuesta de programa de tratamiento.
- Generar la participación activa.

Dentro del proceso de recuperación y reconstrucción se deben tener en cuenta dos niveles: un nivel macrosistémico y otro microsistémico.

**Nivel macrosistémico:** este nivel tiene tres tipos de variables:

- Variables socioeconómicas que incluyen todo lo relacionado con recursos económicos, su distribución, las crisis económicas y altas tasas de desempleo.
- Variables estructurales que se relacionan con aspectos de organización y funcionamiento concreto de una sociedad o colectivo que afecta las posibilidades de cada individuo, de acuerdo a recursos existentes y de posibilidad de ser protegido por una normatización. Asimismo se tiene en cuenta la existencia de recursos en nuevos momentos de necesidad o crisis.

- Variables psicosociales o culturales, que hacen relación a las actitudes y valores predominantes en un grupo social, la forma de educar a los niños, satisfacer sus necesidades y comprender el papel de cada uno de los miembros de la familia (*French, Martinell. 1994*).

Teniendo como puntos de referencia estas variables, se debe tener en cuenta que todos los esfuerzos en la comunidad deben estar dirigidos a:

- Integrar, normalizar y fortalecer los modelos asociativos
- Fortalecer los procesos de sensibilización para la acción dirigida
- Incorporar nuevos valores
- Estructurar nuevas prácticas y acciones
- Fortalecer las estructuras pequeñas
- Extender las acciones dirigidas a grandes procesos sociales (evitar marginalidad, fortalecer solidaridad)
- Aumentar los espacios de participación social
- Utilizar instrumentos de socialización y capacitación
- Crear espacios de interlocución
- Fomentar lo local
- Favorecer el clima de ilusión y de utopía (clima de nuevos valores, creatividad y desarrollo) (*Adaptado de French, Martinell. 1994*).

**Nivel microsistémico:** hace relación a los comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear, a las características de ésta y a la situación de interacción en su componente psicológico y comportamental.

Se deben evaluar también los recursos con que cuenta el individuo a nivel interno (habilidades) y a nivel externo (apoyo). El individuo debe ser evaluado en su capacidad de adaptación al contexto social, frecuencia de contactos, relación con el área geográfica,

duración e intensidad de sus contactos, densidad y estructura de sus relaciones sociales.

En el nivel microsistémico se debe tener en cuenta el EXOSISTEMA que incluye todos los aspectos que rodean al individuo o a la familia y que los afecta de manera directa. Además, cuenta con dos tipos de variables:

- Las relaciones sociales en las que hay que tener presente el aislamiento, el cuidado, la interacción, la cotidianidad y el apoyo social.
- El ámbito del trabajo donde se tiene en cuenta los recursos económicos, la autoestima del sujeto y el grado de satisfacción e insatisfacción.

### **6.3. Intervención en crisis**

La intervención en crisis debe estar dirigida a:

- La resolución del trauma.
- Generar catarsis.
- Acciones de sondeo sobre otra problemática.
- Plantear posibles soluciones.
- Fortalecer el apoyo.
- Dar una interpretación de lo ocurrido.
- Propiciar una evaluación.<sup>1, 2, 3, 4, 6, 19, 26, 29, 30, 32</sup>

Los pasos a dar en toda intervención en crisis son:

#### **Paso 1: Recolección de datos**

Escuche lo que le diga la persona y observe su comportamiento. Intente deducir el grado de actividad del ego y la facilidad para comunicarse, recordar y organizar mentalmente la información básica, ya que ello refleja el estado mental y se puede realizar una

aproximación al problema emocional o psicopatológico que presente el sujeto a evaluar.

En este paso, el trabajo del terapeuta es ayudar al paciente a descubrir los acontecimientos.

### **Paso 2. Entendimiento del desarrollo de la crisis**

Hay tres consideraciones principales dentro de este segundo paso:

- Descubrir la secuencia de los hechos.
- Estructurar la entrevista.
- Evitar la tentación de hacer una catarsis preventiva.

El terapeuta debe interesarse en comprender cómo se desarrolló todo.

### **Paso 3. Reexperimentación del pico de crisis**

Este paso involucra cuatro tareas:

- Aproximarse a los sentimientos.
- Utilización de técnicas especiales de entrevista.
- Escuchar a todas las personas implicadas.
- Realizar catarsis.

De nuevo se está haciendo un acto terapéutico por medio de la "escucha activa". Algunas personas en crisis se presentan furiosas, mudas, aturdidas, deprimidas o con un afecto desestructurado, a lo cual hay que poner correctivos a fin de hacer manejable la situación.

### **Paso 4. Encontrar la solución**

Las cinco tareas siguientes deben ser acometidas cuando se está buscando la solución:

- Reúna a todos los implicados para redefinir la situación
- Resuma las expectativas de todos sobre el resultado
- Provoque la aparición de información omitida previamente

- Sugiera soluciones hipotéticas a los más implicados en la crisis, incluyendo al paciente y pídale su opinión
- Lleve a cabo la resolución que parezca más acertada.

Después de que el terapeuta se ha documentado acerca de la crisis (su desarrollo, la experiencia emocional y las consecuencias sociales) es bueno reunir a los implicados y describir la situación en lenguaje coloquial.

Si este sistema de resolución es incapaz de encontrar la solución a la crisis, el terapeuta puede ofrecer la alternativa de la hospitalización en un momento dado.

Algunos principios básicos deben ser tenidos en cuenta a la hora de resolver eficazmente una crisis:

- Si se quiere ayudar a las personas en crisis, es necesario que sean fácilmente accesibles y, a la inversa, el terapeuta debe ser accesible para ellas. La persona o familia en crisis se vuelve muy susceptible a las influencias de "personas importantes" a su alrededor
- El grado de actividad del terapeuta con la persona en crisis no debe ser necesariamente alto. Se ha demostrado que una exploración detallada y un reconocimiento de los precipitantes tiene un gran valor terapéutico intrínseco y a veces no necesita ayuda posterior
- La comunicación debe ser dirigida hacia ciertos aspectos del ego del paciente, tales como: 1) "el sistema de defensa" que debe ser potenciado, 2) el sistema cognitivo, que necesita ser dirigido mediante explicaciones y aclaraciones; 3) el sistema afectivo para disminuir la tensión, la ansiedad o la culpa y 4) la vertiente adaptativa y de resolución, que debe ser fortalecida y aumentada
- La última idea que hay que recordar es la de trabajar para potenciar el sentimiento de autonomía del paciente.

**Otras estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis:** la capacidad de los individuos y comunidades para desarro-

llar ciertas características que lleven a afrontar con relativo éxito las situaciones estresantes.

Las características identificables en quienes tienen la capacidad de reaccionar adecuadamente frente a los eventos traumáticos son:

- **Compromiso - involucración:** hay desarrollo del nivel de trascendencia y construcción de significado. Se genera sentido de lo vivenciado y se identifica con los esfuerzos que realiza en el afrontamiento de los problemas y su recuperación.
- **Control:** hay sensación de influir en el entorno social, en los acontecimientos y en sus conductas durante la situación, o las personas se autoperciben como poseedoras de recursos adaptativos, que sirven para enfrentar más decididamente las situaciones de crisis, lo que lleva a enfrentar con mejor éxito la situación de estrés postraumático.
- **Desafío:** es la percepción de la situación de crisis y su afrontamiento como un desafío emocional y social. Quienes lo detectan como una amenaza tienden a manifestar desórdenes de estrés postraumático. El desafío es continuar a pesar de lo ocurrido.

Todo lo anterior se lleva a cabo a través de programas educativos. (Inbar, 1995).

La intervención en crisis no debe tratar de ser una solución a largo plazo. Es una medida temporal, que ayudará a restaurar un nivel adecuado de funcionamiento emocional hasta que se puedan encontrar soluciones permanentes.

Hay que recordar que la mayoría de las personas en crisis no requieren hospitalización.

#### **6.4. Personas susceptibles de atención psicosocial**

Las personas que enfrentan un desastre o de quienes participan en un desastre, ya sean como víctimas, damnificados o auxiliares, pueden presentar síntomas emocionales que van de leves a graves y que pueden ser inespecíficos y transitorios, o no, y que necesaria-

mente tienen que ser intervenidos oportuna y adecuadamente. Teniendo en cuenta lo anterior, estas personas suelen clasificarse como víctimas primaria, secundaria o terciaria.

**Víctima primaria:** se considera víctima primaria, o tipo 1, a la persona herida o afectada con características neuropsiquiátricas incapacitantes. Son personas gravemente lesionadas o impactadas directamente, a quienes la ayuda posibilita readaptarse a la vida. La mayor parte de las reacciones son transitorias, de frecuencia y naturaleza temporal.

Cuando el trauma y la destrucción son graves y debidos a problemas tecnológicos, el tiempo de resolución de los trastornos psicológicos es más largo que el observado en las víctimas primarias neuropsiquiátricas derivadas de desastres naturales. Los riesgos mayores están dados por trastornos conductuales debidos a pérdida de un miembro o su función y lesiones múltiples. La intervención debe ser dada por personal especializado o el grupo de salud mental.

**Víctima secundaria:** son afectados indirectos, con nexos familiares o de vecindario con la persona muerta, herida o afectada y que pueden presentar depresión, ansiedad u otro problema.

Las mayores dificultades en las víctimas secundarias se presentan ante pérdidas bruscas (padres, hermanos, familiares), separación desorganizada de la familia, minusvalía, ansiedad transmitida por padres, perfil psiquiátrico positivo, lo mismo que pérdida de propiedades y evacuación de vivienda, pérdida de medicamentos, ausencia de respuesta a medidas de apoyo y sostén, fatiga, cansancio y privación de sueño.

La intervención a este grupo de personas debe ser dada por personal profesional o equipo de salud mental, quienes brindan acompañamiento y suministran medicación si es necesario.

**Víctima terciaria:** la tercera víctima, es el tipo de personas que trabajan en salud y en operaciones de socorro y apoyo y que en casos de desastre se sobreexigen o se presionan de tal manera que pueden presentar diversas reacciones emocionales y conduc-

tuales, además del agotamiento físico y psicológico, sentimientos de frustración y sensación de fracaso.

Los afectados presentan síntomas de tensión postraumática o una sintomatología producto de la alteración de su salud mental. En gran parte de este personal la tensión influye en la realización de sus labores, manifiestan alteraciones en la toma de decisiones, evaluación de riesgos y disminución de la capacidad para ejercer liderazgo. Por ello es necesario entrenar los equipos profesionales y de rescate para que sean capaces de enfrentar eventos traumáticos y manejar un amplio rango de reacciones. Se ha demostrado que la mayoría de los trabajadores de rescate manejan bien la situación (80 a 90%) como consecuencia del entrenamiento y la experiencia, lo que les proporciona autoconfianza, control mental y actitud positiva ante acontecimientos adversos.

Se ha descrito en el personal profesional o voluntario que interviene en la atención de desastres el "síndrome de agotamiento/quemado" que consiste en un tipo de estrés ocupacional por presiones de tiempo, sobrecarga de trabajo, gran cantidad de conflictos, crisis personales, para el cual se ha implementado el método de Debriefing que conlleva procesos de:

- Descripción de actividades al interactuar con damnificados.
- Identificación y reconocimiento de reacciones emocionales paradójicas y extrañas que presenten los profesionales y voluntarios.
- Reconocimiento de sentimientos ambivalentes en algunas situaciones.
- Asociación de los sentimientos con trastornos del sueño, apetito, control de impulsos e irritabilidad (Coker 1999).

El estar agotado o quemado (Síndrome de Burnout) es conceptualizado como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (Malach y Jackson 1982). Se asocia con las profesiones de ayuda o de servicios humanitarios que tienen que trabajar directamente con las personas.

Los mayores riesgos se encuentran en los voluntarios, personas jóvenes inexpertas, inmaduras, no profesionales, que tienen como misión identificar y rescatar a supervivientes, quienes pueden presentar disturbios o dificultades en la escena del suceso, además de la situación de fatiga y cansancio. La intervención debe ser dada por el equipo de salud mental o personal profesional en el área: brindar información, apoyo a compañeros, descanso, sueño, consuelo, medicación sólo en casos de necesidad. Debe evitarse el alcohol u otras drogas o sustancias así como la automedicación.

Por lo general presentan fallo adaptativo de tipo temporal. En los desastres el comportamiento de los profesionales o de los individuos en particular está determinado por el mantenimiento de la vinculación afectiva y de los liderazgos funcionales, así como de las necesidades del momento

En caso de que el individuo presente una conducta que altere su funcionalidad en el campo personal, social, afectivo, laboral, se puede considerar un trastorno, el cual debe ser diagnosticado y manejado por profesionales.

El personal que interviene, ya sea a nivel de rescate, en el área hospitalaria o a nivel extrainstitucional, necesita de un entrenamiento adecuado y profundo para dar el cuidado y soporte requerido a las víctimas directas o indirectas de un desastre y cuidar, a su vez, de su propia salud mental y así manejar adecuadamente el estrés y evitar que se presente el disestrés. Es sabido que el disestrés en personal no profesional es similar al de los afectados; en los profesionales puede presentarse ante la incapacidad de rescatar las víctimas (especialmente niños), lo que puede generar sentimientos de impotencia y soledad, los que también se dan con ocasión de exposición a la muerte y a los cuerpos de las víctimas.

La conducta de enfrentamiento protege de la descompensación psicológica y fisiológica (incorpora respuestas, evaluación cognitiva, emocional y perceptiva). A fin de resolver la crisis se debe cambiar la fuente de estrés o redefinir la situación de amenaza en sentido de significado y gravedad, para lo cual se acepta la situación. Con ello se pretende buscar conductas de protección que conlleven a:

- Modificar las condiciones que producen respuestas de estrés doloroso.
- Redefinir el significado de la experiencia traumática, a fin de disminuir su importancia.
- Manipular las consecuencias emocionales, a fin de que queden dentro de límites manejables.

Las finalidades del enfrentamiento son:

- Ubicar las dificultades dentro de límites tolerables.
- Conservar autoestima
- Preservar relaciones interpersonales
- Aceptar condiciones de nuevas circunstancias (*Cohen 1999*).

### **6.5. Procesos de soporte y atención aplicados en el caso de la tercera víctima**

Es de gran importancia presentar un plan y ofrecer una variedad de acciones terapéuticas y de opciones en el campo de la atención o de prevención, con el fin de mejorar la calidad del personal que actúa con ocasión de un desastre y mejorar así su capacidad y habilidad en su respuesta. La gama de estas acciones comprenden: la intervención, la psicoterapia, el sistema de apoyo social y los grupos de ayuda mutua.

**Intervención:** *Inbar* (1998) define "intervención psicológica" como el proceso de creación de sistemas de apoyo social entre afectados e integrantes de equipos asistenciales y de rescate. El sistema de apoyo social es definido como la unión de individuos (o grupos) que brindan al individuo información que le permita creer que es cuidado, querido, valorado, estimado y aceptado, y que, además, pertenece a una red de comunicaciones y de obligación mutua (*Cobb, 1974, citado por Inbar, 1998*). La red social sirve para mejorar la competencia adaptativa en el afrontamiento de una crisis a largo plazo y para detectar fuentes de estrés y de privaciones (*G. Caplan, 1993, citado por Inbar*).

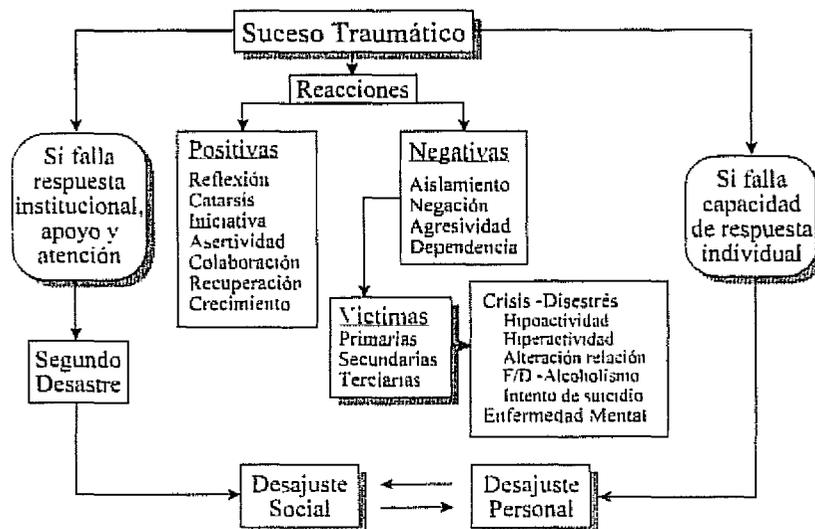
Al intervenir un grupo debe tenerse en cuenta el tipo de trauma que presenta, la calidad de sus pérdidas y su capacidad de afrontamiento. Debe evaluarse el sentido de pérdida de seguridad, los temores y las alteraciones en los vínculos conectores entre el individuo y su contexto social.

La tarea a realizar es encontrarle sentido a la vida, lograr la seguridad, extender la solidaridad y la capacidad de lucha y aprender a manejar las pérdidas y el duelo.

**Psicoterapia:** es la ayuda que se brinda a una persona con el fin de permitirle superar desajustes emocionales y de interrelación, y que tiene como base la comunicación para reordenar valores y actitudes tendientes a lograr el equilibrio entre las personas y su medio.

A través de la psicoterapia se reconocen las causas del problema, se facilita el restablecimiento del medio afectivo y se ayuda a controlar la intensidad y expresión de los problemas que se presentan ante la situación dada.

### PROCESO DE RECUPERACIÓN EN INDIVIDUOS Y COMUNIDADES



**Sistema de apoyo social:** Grado en que las necesidades sociales básicas de una persona son gratificadas a través de la interacción con otras personas, siendo sus principales necesidades el afecto, la estima, la aprobación, la identidad, la seguridad y la pertenencia, que se satisfacen a través de apoyo emocional y material.

En el sistema de apoyo social debe tenerse en cuenta:

- Integración en la comunidad en que vive el sujeto (contacto con amigos y familiares, su participación en organizaciones formales y pertenecer a asociaciones) donde despliega sentimientos de pertenencia y afiliación.
- Existencia de relaciones estrechas e íntimas que amortiguan situaciones estresantes.
- El tamaño, la densidad y la estructura de las relaciones sociales, capacidad de adaptación al contexto social, frecuencia, duración e intensidad de sus contactos (*French, Martinell. 1994*).

Crear el sistema de apoyo social resulta altamente efectivo frente a situaciones que implican dolor, pérdida, destrucción o daño físico cuando un individuo es expuesto a imágenes y vivencias en los desastres o eventos masivos.

Para lograrlo es importante utilizar los recursos personales y sociales, así como entrenar el personal en el "coping" o afrontamiento del estrés.

**Grupos de ayuda mutua (GAM):** hacen relación a la interacción de personas en grupo donde se propone:

- Compartir a través de la experiencia común, determinada adversidad.
- Orientar actitudes y acciones hacia el fortalecimiento personal y asimilación de problemas.
- Ofrecer una ayuda validada a través de la propia experiencia.
- Propiciar el acercamiento, la comprensión y la actitud de escucha.
- Buscar respuestas cercanas y adecuadas a sus necesidades basada en sus propios recursos.

- Encontrar y mejorar sentimientos de autocompetencia y bienestar personal.
- Incrementar los conocimientos sobre sus problemas y sus posibles manejos.
- Hacer uso racional de los servicios y mecanismos de respuesta frente a los problemas.
- Buscar mayor interacción personal, que se asuma con más responsabilidad su problema y una decisión de enfrentar y superar el problema
- Facilitar e intercambiar información, apoyo emocional, procesos de autogestión y buscar mejorar la calidad de vida
- Reforzar un enfoque democrático, participativo y cooperativo en la búsqueda de resolución de problemas.

En estos grupos se realiza un proceso de entrenamiento psicológico para mejorar las habilidades del individuo y fortalecer su capacidad para funcionar frente a situaciones de desastre. Para ello se debe tener en cuenta la siguiente secuencia:

- **Ventilación:** lo cual ayuda en la evolución potencial del estrés entre los participantes (miembros del equipo de intervención o salvamento).
- **Conversación y análisis amplio sobre los sistemas que presentan:** esto implica manejar el principio de realidad y tomar conciencia que todo individuo que participe como rescatista, brigadista y personal de atención es una persona con algún entrenamiento y que no es diferente (superhéroe) de las que apoya, con lo cual puede sufrir igual y presentar problemas; por lo tanto, necesita entender el significado de un desastre en la vida de un individuo.
- **Activación de los recursos de afrontamiento:** a través de ello se da suficiente información sobre los desastres y las situaciones generadas en torno a éstos. También se ofrece un programa de preparación para intervención como equipo y como persona (coordinación y manera de intervención).

El entrenamiento y manejo de los grupos tiene como objetivos:

- Disminuir el estrés y manejar adecuadamente las situaciones que lo propician.
- Coordinar y manejar los pensamientos (organización cognitiva).
- Activar los recursos internos y externos del grupo y la persona (apoyo, solidaridad y cohesión).
- Disminuir la sensación de descontrol y anormalidad (Inbar, 1998).

Debe tenerse en cuenta que un superviviente de una catástrofe necesita:

- Comprender lo que pasó, conservar su autoestima, satisfacer la búsqueda de significado (acusarse, sentir ira, superar la negación).
- Tener oportunidad de expresar sus sentimientos (tristeza, ira, abandono, soledad).
- Realizar la catarsis (verbalizar dolor emocional).
- Que le escuchen sus pensamientos y planes.
- Que se le plantee una respuesta social (identificar e impulsar los sistemas de apoyo).

El manejo de los problemas en las víctimas de los desastres tiene como objetivos:

- Establecer contacto y propiciar el diálogo.
- Ayudar a realizar duelo.
- Retomar roles.
- Mejorar nivel de confianza.
- Ubicar y analizar la situación.
- Contemplar la posibilidad de enfrentar retos.
- Analizar características de su identidad.

- Ayudar a crear redes sociales y afectivas.
- Fortalecer la autoayuda.
- Fortalecer la autoafirmación.
- Iniciar tratamiento pertinente.
- Remitir al nivel respectivo de atención.

Finalmente, se debe tener en cuenta la Asistencia Humanitaria, que es el sistema global de apoyo y ayuda, como respuesta adecuada a las necesidades de personas e instituciones.

Dependiendo del tipo de desastre, de la situación económica, política y grado de desarrollo de la región la OPS/OMS, recomiendan:

- Notificar los desastres (no todos los desastres son iguales, ni los damnificados tienen siempre iguales necesidades).
- La asistencia humanitaria debe ser coordinada por el país en donde sucedió el desastre y debe responder a necesidades reales y dignas.
- La evaluación de las necesidades deben ser rápidamente realizadas por las autoridades locales.
- La ayuda y el apoyo deben ser complementarios y en caso de necesitarse apoyo en búsqueda y rescate el visitante debe ser autosuficiente y respetar las reglas del país afectado.
- Se debe dar información exacta y clara (envíos y entrega) lo mismo que en apoyo logístico (transporte, comunicaciones y otros apoyos que sean necesarios).
- Las ayudas deben darse en las áreas que se requieran (efectivo, suministros, asistencia).
- Conocer y mantener canales de comunicación adecuados y ser honestos y reales en los pedidos a países donantes.
- Ayudar en las etapas de preparación, rehabilitación, reconstrucción y programas de desarrollo.
- Tener cuidado en la aceptación y donación de ropa usada, alimentos perecederos, medicamentos, sangre y derivados, personas y equipos médicos, hospitales de campaña, unidades médicas, vacunas (OPS 1999).

## 7. Bibliografía

---

1. AHEARN, F.L. Jr. y COSTELLIN, Aino S. Problemas de salud mental después de una situación de desastre. Boletín OPS. 85 (1): 1-15, 1978.
2. BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE, Leonor y otras. "El profesional de enfermería y situaciones de desastre". U. de Antioquia. Medellín. 1990.
3. BRENSON, L.G. y cols. Trauma psicosocial, Instituto Neo-humanista. Bogotá. 1986.
4. BUENDIA VIDAL, José. "Estrés y Psicopatología". Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1993.
5. CLEPADE. Cultura de la Prevención. Elementos para mitigar los efectos de los desastres. Manizales. 1986.
6. COHEN, B. Raquel. Reacciones individuales ante desastres naturales. Boletín de la OPS. 98 (2), 1985.
7. Conferencia Interamericana sobre Reducción de desastres naturales, Experiencias Nacionales. I Congreso del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. Cartagena, 1994.
8. Conferencia Mundial sobre Reducción de Desastres Naturales. Yokohama (Japón), 1994.
9. CORPES DE OCCIDENTE. Departamento de Caldas. Proyecto Red de Urgencias Región Occidente Colombiano, 1993.
10. DAVIN, Ian. Preventive Medicine/Disaster Motivation Vernon Clinical Medicine/Disaster Relief. Oxford Poly Chuo.
11. DE VILLE DE GOYET, E. DEL CID, A. ROMERO, E. JEANNEE Y LECLOT: El Terremoto de Guatemala: Evaluación epidemiológica de las operaciones de socorro. Año 55, vol. LXXXI, No. 3, Sep. 1977. Oficina Sanitaria Panamericana.
12. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS, SECCION SALUD MENTAL. Prevención y atención de desastres. Manizales, 1993.
13. \_\_\_\_\_ . Plan hospitalario de emergencias. Manizales, 1993.

14. ESPINOSA AUGUSTO. Examen general de la situación presente. Foro participativo sobre el Manejo de Calamidades Públicas. Fundación Participar. Marzo, 1985.
15. \_\_\_\_\_, Catástrofe. Rev. Nueva Frontera. Pag. 22-30. Bogotá, 1986.
16. FREEDMAN, KAPLAN y SADOCK. Tratado de psiquiatría 8ª ed., Ed. Troy Masson, Barcelona, 1980.
17. GUZMAN, M. Fernando. ILSE Isaacs. Reacciones psicológicas del individuo y la comunidad en desastres. Servicio de Salud del Tolima. Ibagué, Febrero, 1986.
18. HUGLE, Percival y JANT Christenson. preparación para desastres. Un plan para los hospitales del golfo.
19. HUBAIDN, W. y A. LANTEBODER. Cómo hacer frente a los desastres. Foro Mundial de la Salud. Vol. 5, 1984. P. 387-389.
20. LANG HUAT y G.A. LANG. Planning for emergency operations Mass Emergencies. 1:107-177, 1976.
21. LECLOT, M.F. Los desastres y la salud pública. Año 59. Vol. LXXXVII. No. 6, junio 1980. Boletín OPS.
22. MINISTERIO DE SALUD. Servicio de Salud del Tolima. La atención de primaria en salud para víctimas de desastres. Manual para la capacitación del trabajador de Atención Primaria. Bruno de Lima. MD. MPH. 1987.
23. MINISTERIO DE SALUD. Red Nacional de Urgencias, 1991.
24. MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO DE ESPAÑA. Manual de atención médica de emergencia, 1989.
25. QUARANTELLI, E. Y DYNES, R.A. Organizational and Group Behavior Disasters an j. P.S. y Clat. 13: 325-346, 1980.
26. RAFFPH E., Anderson. CARTER, Irl. "La conducta humana en el medio social". Edisa. Barcelona, 1994.
27. SAENZ JIMENEZ, Lennin. Planificación de los servicios de salud en situaciones de emergencia. Boletín de la OPS. Vol. LXXXII No. 2, feb., 1977.
28. Seminario sobre Aspectos socioeconómicos de los desastres en América Central, San José Costa Rica, 1993.

29. VALLEJO, J. BALBUENA, A. y otros. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2ª ed., Barcelona, Salvat, 1985.
30. VIDAL G. Alarcón. Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.
31. WASSEMAN, Ellen. Desastres tecnológicos en las américas: Un problema de Salud Pública. Crónica de la OMS. Ginebra, vol. 39, No. 3, 1985.
32. WILCHES-CHAUX, Gustavo. (Fundación para la comunicación popular, Red de Estudios Sociales sobre Desastres \_ La Red) "Derechos de Personas y Comunicaciones Afectadas por Desastres". Mimeografiado, 1999.

### **Otra bibliografía de apoyo**

33. CALDERONOCAMPO, Jorge H. Aspectos psicológicos y psicosociales de los desastres. Universidad de Antioquia. 1989.
34. COHEN Raquel. Salud mental para víctimas de desastres. Manual moderno. OPS: México. 1999.
35. CROEG L. Psicología de las catástrofes y de las alteraciones psíquicas. En "La medicina de las catástrofes". 1986
36. Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Asistencia psicosocial a los niños afectados por los conflictos armados. 1999.
37. FRANCH Joaquín. MARTINELL Alfons. Animar un proyecto de educación social. Ed. Paidós. Barcelona, 1994.
38. GOLDMAN H. Psiquiatría general. Manual Moderno, 1996.
39. ICAM. Alcaldía de manizales. CARDONA Iván Darío. Documento de trabajo. 1998.
40. INBAR Jacinto. Curso sobre medicina comunitaria y atención de desastres. Israel. 1998.
41. \_\_\_\_\_. Estrategias de Intervención psicológica en situaciones de crisis masivas. En Revista: Perspectivas sistemáticas. Año 8. No. 35. Marzo/Abril, 1995.
42. HERCHER E. Moore G. Editores. Clínicas de medicina de urgencias en norteamérica. Aspectos psiquiátricos de la medicina de urgencia. Mc Graw Hill. 1991. Madrid.

43. \_\_\_\_\_. Aspectos psiquiátricos de la Medicina de urgencias. Clínicas de medicina de urgencias de Norteamérica. Mc. Graw Hill, Madrid, 1991.
44. MINISTERIO DE SALUD. ROMERO G. Guido Mauricio. Guía para el diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos en el nivel primario de atención. Bogotá, 1999.
45. OMS/OPS. Asistencia humanitaria en caso de desastres. 1999.
46. OMS. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y actuación en Atención Primaria. Ed. Meditor, 1996.
47. Proyecto Nacional sobre Salud Mental 1998 - 1999 - 2000.
48. MINISTERIO DE SALUD. GONZALEZ, CLAVIJO Portieles. Intervención psicosocial en crisis. Bogotá, 1999.
49. SENA. Comité interinstitucional de educación para la prevención. Cultura de la prevención. Manizales, 1986.
50. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. La salud mental en situaciones de desastre. ARTEAGA S, CALDERÓN O. Jorge H. y otros. Medellín, 1993.