

SISMOS MÉXICO 2017

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE DESASTRE

Seminario virtual

CLASE NO. 1

25 de septiembre de 2017

1. Presentación. Antecedentes y conceptos básicos de la intervención psicológica en emergencia y desastres.

Presentación.

Ha sido extraordinaria las manifestaciones de ayuda que muchos ciudadanos, en su rol de paramédicos, rescatistas, topes, voluntarios, donadores, etiquetadores, transportistas, ingenieros, han aportado a los damnificados de los sismos en diferentes estados del país. Unos más, otros menos, pero en todos debemos reconocer el espíritu de ayuda que, profesionalmente o no, han aportado de manera desinteresada, por gusto, por amor, por vivir la experiencia, por descubrir que el acto de ayudar da sentido a sus vidas o por sentir el dolor ajeno.

Se dice que todos en la vida hemos sufrido una experiencia lamentable y que por ello hemos construido la capacidad de ayudar a otras personas. No siempre sucede así, pues en la reciente jornada de solidaridad se han identificado a personas que se aprovechan de la ayuda de otros, que siguen intereses políticos o económicos y otros que roban lo poco que les quedó a las personas en desgracia.

Sin embargo, no toda ayuda es requerida o ha sido bien recibida. En principio, ninguna autoridad de gobierno solicitó la colaboración de personal profesional para la atención psicológica en casos de desastre. Han sido los propios estudiantes y profesionistas de psicología quienes se han organizado y han acudido al estado de Morelos, Tlaxcala, Puebla, Oaxaca, Chiapas y Ciudad de México para acompañar a los damnificados y personas que participan en los rescates. Ante la crisis emocional, la desesperación, angustia y esperanzas es necesario la escucha y contención de un profesional de la psicología. Se han realizado cursos breves de entrenamiento para el personal interviniente que no está formado para tal fin. Muchos otros, que ya tienen experiencia en la

modalidad de la intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos, se han sumado a la intervención y preparación del personal de ayuda.

La idea de establecer un **Seminario virtual de intervención psicológica en situaciones de desastre**, surge de hacer contacto con psicólogas, psicólogos, agrupaciones y organizaciones que colaboran en estas tareas y que vemos la necesidad de actualizar conocimientos y técnicas para la intervención adecuada. A pesar de las limitaciones y obstáculos que se encuentran en las comunidades visitadas por algunos estudiantes y profesionales, se ha podido ofrecer una primera ayuda psicológica a personas en crisis emocional, pero no ha sido suficiente

El sufrimiento de las personas hay que aceptarlo como es. Hay que comprenderlo, mirarlo de frente, entender sus efectos y su función en la nueva trama de vida que habrá de tomar el sufriente. No es una tarea fácil, requiere de talento y creatividad. La compasión, el amor y un medicamento no son suficientes. Por ello es necesario la formación profesional, su práctica y entrenamiento. La persona que decida dedicarse a ayudar en estas contingencias debe de aprender a fusionarse con la persona en crisis y en desgracia. Saber reconocer las expectativas y fantasías que tienen que ver con sus anhelos, necesidades y temores que pudieran interferir en sus tareas. La primera recomendación es acompañar escuchando a la persona en crisis, sin pretender ser protagonista del momento o sumarse al enojo y reclamo de los rescatistas y damnificados. El tomar una actitud cálida y comprensiva debe ser lo suficientemente fuerte para afrontar un cumulo de emociones negativas, de sucesos de pérdida, de dolor intenso y de condiciones inevitables.

La tarea que realizan los profesionales de la psicología debe ser autoevaluada y confrontada con los fenómenos psicosociales que se den en el transcurso de los días en que se da el rescate y recuperación de la poblaciones afectadas.

Te invitamos a conocer la manera de cómo puedes ayudar a los necesitados y a los que ayudan de otra manera. Todos estamos inmersos en esta oportunidad de crecer y superarnos que la naturaleza nos ha ofrecido.

¡Bienvenidas! ¡Bienvenidos!

Psicgarcia, septiembre 2017.

Antecedentes.

Desde épocas ancestrales, se tiene información y en algunos casos leyendas, acerca de los principales desastres que afectaron a un gran número de personas en donde desaparecieron ciudades enteras, pero nunca se menciona que se haya intervenido psicológicamente, tal es el caso de:

- Diluvio en la epopeya de Gilgamesh en el año 2200 A.C.
- Carta de Plinio a Tacitus en el año 85 d.C. acerca del comportamiento en Cabo Misena (pánico colectivo) durante la erupción del Volcán Vesubio que destruyó Pompeya en el año 79 D.C.
- Poema de Voltaire acerca del terremoto que destruyó Lisboa en noviembre de 1755.
- La Catástrofe del Volcán “Nevado de Ruiz”, Armero, Colombia, 1985.
- El terremoto Kushihiro, Japón, 4 de octubre de 1994.
- El sismo de Kobe, Japón de 1995.

En la historia de México hay elementos suficientes para explicar la importancia del estudio y la prevención de los desastres. Teotihuacan, habitada durante mil años por una creciente población que deterioró el entorno hasta degradar las tierras fértiles y bosques acabó por ser abandonada tras una fuerte crisis social.

La historia antigua de México registra numerosos sismos, como el de 1469, que fue interpretado como presagio del triunfo de los mexicas. Durante la conquista española se sufrieron epidemias devastadoras, tifo en los siglos XVII y XVIII y cólera en el siglo XIX. Antes de la conquista española, Cuicuilco (centro ceremonial del altiplano), fue cubierto de lava por la explosión del volcán Xitle. En la colonia, a través de la caída de un imperio y el triunfo de otra civilización, se produjeron una serie de desastres, secuelas de epidemias, sismos, huracanes e inundaciones. Las Guerras de Independencia y de la Reforma tuvieron posteriormente graves efectos económicos y sociales en la población.

La historia contemporánea refiere las consecuencias de que la explosión demográfica, la concentración urbana y el desarrollo industrial, son tres de los fenómenos que se han elevado notablemente los riesgos y multiplicado la magnitud del costo social de los daños a que ha estado expuesta la población, en las personas, sus bienes y su entorno.

Los efectos de los Huracanes Opal y Roxanne en el Estado de Veracruz; la erupción del Parícutín que en 1943 sepultó el poblado de San Juan Parangaricutiro en Michoacán; el huracán Janet, que destruyó Chetumal Xcalag en 1955, y causó la muerte de 200 personas; el sismo de 1957 que

alcanzó la magnitud de siete grados en la escala de Mercalli, y dejó un saldo trágico de 52 muertos y 667 personas heridas en la capital de la República; la densa capa de cenizas que arrojó el Chichonal desde Chiapas, y produjo pérdidas en vidas humanas, trastornos sociales y alteraciones en la agricultura y la ganadería en una amplia región del país; la explosión de millones de litros de gas en San Juan Ixhuatepec en 1984, que constituyó una de las peores catástrofes industriales por los cientos de vidas y los miles de personas que resultaron heridas (Los desastres en México, enero 1990, CENAPRED), son hechos a través de los cuales se ha construido una larga lista de experiencias de dolor y fortalezas que ya son parte de la historia de México.

Entre los desastres más recientes se encuentran:

Sismo del 14 de septiembre de 1995 en Guerrero, México.

Sismo en Colima y Jalisco el 9 de octubre de 1995.

Deslizamientos de Tierra en Metztitlán, Hidalgo.

En nuestro país, uno de los desastres más importantes en los últimos años fue la situación de emergencia generada por los sismos de 1985 en la ciudad de México, Tuvo un saldo de aproximadamente 14,000 muertos, 70,000 heridos, 30,000 damnificados y un sin número de personas que se vieron alteradas en sus habilidades físicas y mentales, produciendo un cambio radical en la concepción de los desastres y en la forma de abordarlos, especialmente a partir de la organización generada por la sociedad civil.

El Sector Salud fue uno de los más severamente afectados por los sismos, pues resultaron dañados 50 centros hospitalarios y de salud, sobre un total de 2,831 edificaciones afectadas. Tan sólo en tres de las instituciones de salud más grandes (de segundo y tercer nivel): el Centro Médico Nacional (IMSS), el Hospital General y el Hospital Juárez de la Secretaría de Salud, (SSA), se perdió un total de 5,829 camas, entre las destruidas por el sismo y las que fue necesario evacuar. El Centro Médico perdió 40% de sus instalaciones asistenciales; el Hospital General padeció el colapso total de dos de sus edificios, uno de 6 y otro de 8 pisos y el Hospital Juárez sufrió el derrumbe de su torre central de 12 pisos. Durante las labores de rescate se movilizaron aproximadamente 50,000 personas, incluyendo médicos, rescatistas, efectivos del ejército y civiles. También se movilizaron más de 500 ambulancias y cerca de 100 hospitales que abrieron sus puertas a los requerimientos de socorro.

Lo anterior hizo evidente la necesidad de contar con un sistema integral que permitiera enfrentar estas situaciones de manera eficiente, por lo que se constituyó la Comisión Nacional de Reconstrucción en cuyo seno se

desarrollaron los trabajos del Comité de Prevención de Seguridad Civil, dando como resultado el documento central contenido en el decreto por el que se aprueban las Bases para el Establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil y el Programa de Protección Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de mayo de 1986. En ese mismo año fue integrada la Coordinación General de Protección Civil como parte de la estructura de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal, dependiente de la Secretaría de Gobernación, cuyas funciones fueron las de organizar, integrar y operar el Sistema Nacional de Protección Civil; esta coordinación concluyó sus actividades a finales de 1987.

En 1988 Quintana Roo y Nuevo León fueron afectados por el huracán Gilberto que tuvo como resultado 400 muertos y 30,000 damnificados. En este mismo año se inician los trabajos para la construcción del Centro Nacional de Prevención de Desastres que empezó sus operaciones el 11 de mayo de 1990 y que ha encaminado sus esfuerzos hacia el desarrollo de acciones de investigación, capacitación y difusión sobre desastres. En esa misma fecha, se crea formalmente el Consejo Nacional de Protección Civil, como Órgano Consultivo y de Coordinación de Acciones y de Participación Social en la Planeación de la Protección Civil.

El 6 de junio de 1995, se crean los Comités Científicos Asesores del Sistema Nacional de Protección Civil, como órganos técnicos de consulta en la prevención de desastres originados por fenómenos geológicos, hidrometeorológicos, químicos, sanitarios y socio organizativos, cuya función es emitir opiniones y recomendaciones sobre el origen, evolución y consecuencias de los fenómenos perturbadores, a efecto de inducir técnicamente la toma de decisiones para la prevención y auxilio de la población ante la contingencia de un desastre.

Todo este proceso de conformación del Sistema Nacional de Protección Civil, permitió acumular una importante experiencia que ha posibilitado tener una intervención más rápida y eficaz en eventos como los sismos que afectaron Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Colima y Jalisco en años recientes, el Huracán Paulina en 1997 que dejó un número aproximado de 550 muertos y más de 35,000 damnificados, así como secuelas psicosociales que hasta la fecha continúan, y la erupción del Volcán Popocatepetl en el año 2000.

Tomado de:
Programa específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre
2001-2006, Secretaría de Salud
México.

CONTENIDO DE UN TEXTO.

Resulta familiar la ayuda psicológica que se presta en un centro de salud, un hospital o un consultorio clínico, escenarios más o menos estables y predecibles, a donde la gente acude por algún problema o dolencia más o menos específica. La ayuda psicológica resulta menos familiar, y quizás también más arriesgada, cuando tiene lugar en momentos especialmente críticos e imprevistos: las emergencias.

El libro del que se hace referencia en éste párrafo, está comprometido con las personas que sufren y que han visto quebrantados sus registros de esperanza con la vida porque quizás no tuvieron ocasión de despedirse de los que se fueron cuando menos lo esperaban, porque quizás perdieron sus pequeños o grandes vestigios de su identidad histórica y se quedaron sin nada, o porque tuvieron que experimentar la violencia y situaciones de estrés de manera especialmente intensa como quizás resulte difícil de imaginar.

Personas “normales” en su mayor parte que, por avatares del destino, son víctimas directas o indirectas de accidentes, catástrofes, violencia o enfermedades. Es un libro comprometido también con las personas que dedican su tarea profesional a ayudar en condiciones de emergencia y que se ven expuestos a situaciones especialmente críticas que ponen en riesgo su seguridad e integridad. Para hacernos una idea de este grado de exposición, basta con caer en la cuenta, como así se refiere en el libro, de que un profesional de emergencia puede verse expuesto en una semana activa de trabajo a más incidentes traumáticos que los que con toda seguridad verá un ciudadano medio en toda su vida.

Es por último, en coherencia con este doble compromiso al que aludimos, desde los fundamentos psicológicos que ayuden al lector a comprender por qué las personas se comportan como lo hacen y por qué hay personas que resultan más vulnerables que otras ante el estrés, hasta los procesos de comunicación implicados y guías prácticas que permiten afrontar situaciones críticas en diferentes escenarios y colectivos.

No podíamos terminar este prólogo sin antes aludir a algo que nos preocupa especialmente cuando se presta una ayuda psicológica.

Nos referimos al fenómeno del “*enemigo complaciente*”, descrito por Ryan hace muchos años, y que describe el efecto del profesional que *te resuelve* los problemas pero que te roba la dignidad de resolverlos por ti mismo. Algunas imágenes que tuvimos ocasión de presenciar de cerca en los tristemente célebres acontecimientos del 11-M contribuyeron a que se encendieran algunas alarmas. Tuvimos la sensación de que “poner un psicólogo en su vida”

podía estar sutilmente suplantando y hasta minando la ayuda que los contextos sociales naturales (familiares, amigos...) vienen realizando por los siglos de los siglos.

Y, en este sentido, hemos de decir que la ayuda que en este libro se dibuja se enmarca en el respeto más estricto hacia las víctimas.

Éstas son consideradas como personas normales con capacidad de recuperarse y de hacer frente a las situaciones especiales por las que están pasando, y la ayuda no secuestra la dignidad de quienes sufren porque no les roba la capacidad de ayudarse y de recuperarse con ayuda de sus entornos sociales y tampoco son objeto de “diagnósticos psicopatológicos”. Por el contrario, la ayuda que se describe proporciona a la víctima un sentido de identidad y de afrontamiento normalizado.

Miguel Costa y Ernesto López, *“Costa y López”*

Tomado del prólogo.

PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA

Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia

Coordinador, Enrique Parada Torres

Biblioteca de Psicología

Desclée De Brouwer

España.

Conceptos básicos

DEFINICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL

Ningún desastre puede suceder sin la previa existencia de una situación de riesgo.

El riesgo no solo permite la ocurrencia del desastre, sino determina también la dimensión de sus impactos.

En consecuencia, el riesgo se convierte en el elemento sustancial para:

1. Entender cómo se “construyen los desastres” y
2. Determinar los elementos (o procesos) sobre los cuales debemos incidir para evitar la ocurrencia de un desastre o reducir por lo menos sus efectos.

Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño a la salud física y mental.

Probabilidad

Es la medida de algo incierto. Por ejemplo, cuando hablamos sobre el riesgo de que algo suceda nos estamos refiriendo a la probabilidad de que el evento (desastre) se produzca.

El riesgo en situaciones de desastre para la salud mental

El riesgo para salud mental en situaciones de desastre, es la probabilidad de daños emocionales, interpersonales y conductuales, que sufre un grupo de personas que han sido expuestos a daños sociales, ambientales y económicos (desastre) durante un tiempo de exposición determinado.

Características del riesgo

El riesgo es *dinámico y cambiante* (es un proceso).

El riesgo es *diferenciado* (en términos territoriales y sociales).

El riesgo tiene *carácter social* (interacción continua y permanente entre seres humanos y su entorno).

El riesgo es *subjetivo* ya que es percibido de diferente manera según variadas condiciones de vida o de producción.

El riesgo tiene su manifestación más visible a través de los desastres “grandes”, asociados con extremos de la naturaleza, como terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, etc.

Sin embargo, el riesgo no se expresa solamente en grandes eventos con altas pérdidas, sino en múltiples y numerosos eventos casi diarios, que en suma provocan más daños humanos y materiales que los grandes que dominan la atención de la prensa, de los gobiernos y las organizaciones humanitarias. Lo que domina hoy día el escenario de riesgos presentes en nuestro país, son los pequeños desastres, como una antesala para eventos mayores como ejemplo la tormenta tropical Stan.

Amenaza (o peligros)

Es el hecho, o peligro inminente que da como consecuencia un mal, afectando la salud integral (física-mental).

Ya que es la probabilidad de que un fenómeno, de origen natural o humano, que provoca daños y pérdidas, en un determinado tiempo y espacio, mientras exista una sociedad vulnerable frente a la amenaza, cuya acción pone en peligro a las personas, su organización, sus obras y su ambiente.

Las amenazas pueden ser de cuatro tipos:

- Las amenazas *naturales* tradicionalmente se clasifican en cuatro tipos:

- De origen geotérmico, como sismos, actividad volcánica, desplazamientos verticales y horizontales de porciones de la tierra, y los tsunamis o maremotos;
 - De origen geomórfico (geodinámico propios de la tierra) fenómenos como los deslizamientos y avalanchas, hundimientos y la erosión terrestre y costera;
 - De origen meteorológico o climático, huracanes, tormentas tropicales, tornados, trombas, granizadas, sequías, tormentas de nieve, oleajes fuertes, incendios espontáneos;
 - De origen hidrológico (agua), desbordamientos, anegamientos y agotamiento de acuíferos.
- Amenazas *antrópico–tecnológicas*. Son aquellas que se derivan de actividades potencialmente peligrosas o de la existencia de instalaciones u obras de infraestructura que encierran peligro para la seguridad ciudadana. La mayoría de estas amenazas tecnológicas se concretan a través de “accidentes” que, por los impactos que tengan, pueden convertirse en verdaderos desastres.
 - Casi todos ellos dan origen también a amenazas “secundarias” de tipo *antrópico-contaminantes*.
 - Y la nueva categoría de *amenazas socio-naturales*. Ya que existe la tendencia de que la mayoría de las amenazas naturales se están volviendo menos “naturales”. En este sentido están las amenazas que toman la forma de amenazas naturales y, de hecho, se constituyen sobre elementos de la naturaleza, sin embargo su concreción es producto de la intervención humana, en los ecosistemas y ambientes naturales.
Es producto de la intersección de la sociedad con la naturaleza.

LAS VULNERABILIDADES

Comprenden características de la sociedad que preconditionan o hacen sectores, grupos, familias o individuos susceptibles a sufrir pérdidas y a encontrar dificultades para recuperarse de éstas.

Es una condición eminentemente social, producto de los procesos y formas de cambio y transformación de la sociedad, y explicada en gran parte por el acceso diferenciado a recursos económicos, sociales, organizacionales y de poder.

Las vulnerabilidades tienen expresiones:

- En los niveles económicos y de bienestar de la población.
- En los niveles de organización y educación.
- En sus características culturales e ideológicas.
- En términos de su localización en el territorio.
- Con el manejo de su medio ambiente y recursos naturales.
- En las características y la resiliencia de sus estructuras habitacionales y productivas.

Componentes principales de la vulnerabilidad

- *La vulnerabilidad física o localizacional.* Se refiere a la localización de la población en zonas de amenaza; en parte, por la pobreza y la falta de opciones para una ubicación menos riesgosa y, en parte, debido a la alta productividad (Particularmente agrícola) de un gran número de estas zonas (faldas de volcanes, zonas de inundación de ríos, etc.), lo cual tradicionalmente ha motivado un poblamiento de las mismas.
- *La vulnerabilidad económica.* Existe una relación inversa entre ingresos per cápita y el impacto de los fenómenos físicos extremos. Es decir, la pobreza aumenta el riesgo de desastre.
Más allá del problema de ingresos, la vulnerabilidad económica se refiere, de forma a veces correlacionada, al problema de la dependencia económica nacional, la ausencia de adecuados presupuestos públicos nacionales, regionales y locales, la falta de diversificación de la base económica, etc.
- *La vulnerabilidad social.* Referente al bajo grado de organización y cohesión interna de comunidades bajo riesgo, que impide su capacidad de gestión.
- *La vulnerabilidad política.* Se refiere a condiciones, como el alto grado de centralización en la toma de decisiones y en la organización gubernamental; la debilidad de autonomía de decisión regional, local y comunitaria, lo cual impide una mayor adecuación de acciones a los problemas sentidos en estos niveles territoriales.
- *La vulnerabilidad técnica (o estructural).* Referente a las inadecuadas técnicas de construcción de edificios e infraestructura utilizadas en zonas bajo amenazas.
- *La vulnerabilidad ideológica.* Referente a la forma en que los hombres conciben el mundo y el medio ambiente que habitan y con el cual interactúan. La pasividad, el fatalismo, la existencia de mitos, etc.; todos aumentan la vulnerabilidad de las poblaciones, limitando su capacidad de actuar adecuadamente frente a las amenazas.

- *La vulnerabilidad cultural.* Expresada en la forma en que los individuos se ven a sí mismos, en la sociedad y como un conjunto nacional. Además, el papel que juegan los medios de comunicación en la consolidación de imágenes estereotipadas o en la transmisión de información distorsionada sobre el medio ambiente y los desastres (potenciales o reales).
- *La vulnerabilidad educativa en salud mental.* Ausencia en los programas de educación de elementos de salud mental que adecuadamente instruyan sobre el medio ambiente, o el entorno que habitan los pobladores, su equilibrio o desequilibrio, etc. Además, se refiere al grado de preparación que recibe la población sobre formas adecuadas de comportamiento a nivel individual, familiar y comunitario, en caso de amenaza u ocurrencia de situaciones de desastre.
- *La vulnerabilidad institucional.* Reflejada en la rigidez de las instituciones, especialmente las jurídicas, donde la burocracia, la permanencia de la decisión política, el dominio de criterios personalistas, etc. impiden respuestas adecuadas y ágiles a la realidad existente.
- *La vulnerabilidad ecológica.* La forma en que los modelos de desarrollo se fundamentan en la dominación por destrucción de las reservas del ambiente, que conduce a un ecosistema:
 - ▲ Altamente vulnerable, incapaz de auto ajustarse internamente para compensar los efectos directos o indirectos de la acción humana; y
 - ▲ Altamente riesgoso para las comunidades que los explotan o habitan.

Aumenta la vulnerabilidad: cuando por una u otra razón perdemos nuestra identidad y nos alejamos de nuestra cultura; cuando la carencia de recursos nos obliga a ocupar terrenos a las orillas de los ríos, o en humedales desecados, o en laderas empinadas, que nunca deberían haber sido ocupados; cuando en el afán de obtener mayores beneficios económicos —con miras al mercado o a la mera subsistencia— explotamos los ecosistemas más allá de su capacidad de carga; cuando no somos capaces de organizarnos y de actuar en función de intereses compartidos, sino que nos supera el egoísmo; cuando el Estado no es un servicio público al servicio de la comunidad entera, sino un botín de guerra, al servicio de unos pocos; cuando la educación no nos permite entender la realidad inmediata como la principal fuente de aprendizaje, sino que nos aleja de ella.

Confusión entre pobreza y vulnerabilidad.

Es frecuente encontrar que los términos de vulnerabilidad y pobreza se aplican prácticamente como sinónimos.

Sin embargo, aunque a veces ambas condiciones están muy relacionadas, y la pobreza determina ciertas expresiones de vulnerabilidad, hay que diferenciar claramente entre ambas.

Mientras *la pobreza* se refiere principalmente a necesidades insatisfechas, *la vulnerabilidad* se refiere a una falta de capacidad de defenderse y superar una crisis (amenaza).

“La pobreza es una medida descriptiva mucho menos compleja de la carencia o necesidad de la gente”.

Vulnerabilidad es un término relativo y específico, que siempre implica una vulnerabilidad a una amenaza particular. Una persona puede ser vulnerable a la pérdida de propiedad o de la vida por causa de inundaciones, pero no de la sequía.

Pobreza puede ser o no un término relativo, pero no hay diversas “pobrezas para un individuo o familia.”

Gestión de riesgo

El fin máximo de la gestión de riesgo es el conocimiento de nuestra realidad, que es el resultado del conjunto de acciones de transformación, que generan un proceso de desarrollo, donde se dan las condiciones óptimas de seguridad posible, la atención dada al problema y las acciones desplegadas para enfrentarlos, sabiendo que existen consecuencias que promuevan hasta el máximo su mismo desarrollo.

El objetivo de la gestión de riesgo es garantizar que los procesos de desarrollo impulsados en la sociedad se den en las *condiciones óptimas de seguridad* posible.

La visión de la atención en salud mental en desastres no debe ser centrada solo en el impacto traumático; debe ser amplia, y dimensionarse más allá del evento originador del desastre.

El término psicosocial se encarga del estudio de las relaciones interpersonales que existen entre el ser humano y su medio:

- Involucra todos los aspectos de la vida cotidiana y su relación directa con la psique del individuo.
- El hombre no es un ser único, vive y coexiste con otros, que al igual que él, son activos y capaces de transformar la sociedad.

La relación de la gestión del riesgo y la atención psicosocial se basa en:

- La planificación del desarrollo concebido como el mejoramiento de la calidad de vida de la población; no se puede aislar del desarrollo humano, eso implica que para lograrlo se requiere atender además de lo físico las

necesidades psicosociales que permitan el desarrollo integral del ser humano.

- La preparación y la organización de la respuesta deben incorporar elementos de la atención psicosocial.
- Durante la respuesta, las acciones para la atención de los damnificados, deben prever la atención psicosocial. Para lo cual se necesitan recursos humanos cuyas acciones se complementan, con las desarrolladas por las demás comisiones.
- Para la rehabilitación y reconstrucción se deben integrar acciones de atención psicosocial, que faciliten la adaptación y elaboración de la experiencia vivida, así como la integración plena de las familias afectadas a las distintas actividades que se desarrollan en su comunidad.

Definición de desastre.

El Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre (SSA, México) se dio a la tarea de realizar una definición de desastre a fin de precisar la importancia del apoyo psicológico: *“Evento de tal magnitud que rebasa la capacidad de respuesta de la comunidad y se genera a partir de la interdependencia de agentes perturbadores y grupos vulnerables, sumiendo a la población en el desamparo y sufrimiento, colocándola en la necesidad de recibir asistencia integral que cubra los requerimientos básicos así como los médicos, psicológicos, socioeconómicos y emocionales”*

Esta definición brinda la posibilidad de poder desempeñar un abordaje del problema dirigido precisamente a mitigar las repercusiones psicológicas que se presentan en la población afectada.

Por su parte, la Ley General de Protección Civil define un desastre como: *“el estado en que la población de una o más entidades federativas, sufre severos daños por el impacto de una calamidad devastadora, sea de origen natural o antropogénico, enfrentando la pérdida de sus miembros, infraestructura o entorno, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento de los sistemas de subsistencia”*.

Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales, y pueden provocar muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano.

Pueden ser causados por el ser humano (incendios, conflictos bélicos, disturbios civiles, actos terroristas, contaminación química) o por la naturaleza

(inundaciones, terremotos, tornados, huracanes). Muchos de los considerados "desastres naturales" son en realidad ocasionados por la acción destructora del hombre sobre la naturaleza.

Los desastres son considerados como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo, que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan en dicho sistema.

Tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de este mismo.

Un desastre en salud mental es un acontecimiento que rompe el curso de la existencia de un sujeto. Un hecho que para ese sujeto marca un antes y un después. Por lo que nos compete como trabajadores de la salud mental, reducir la vulnerabilidad psicosocial de la población guatemalteca, ante situaciones de desastres.

Fases del desastre.

Hay tres momentos en el tiempo, en los que podemos ubicar las actividades que se deben realizar para enfrentar los desastres de una mejor manera.

A estos espacios de tiempo se le han llamado fases de los desastres.

- 1) Antes.
- 2) Durante.
- 3) Después.

A partir de esta consideración, la intervención debe tomar en cuenta las tres fases del desastre:

• Fase de preimpacto

Abarca etapas que preceden al desastre mismo, incluidas las de amenaza y advertencia, donde las tareas deben encaminarse hacia la prevención de daños mayores a la población.

• Fase de impacto

Comprende el período en que la comunidad se ve afectada por el desastre y el período subsecuente, en que se organizan las actividades de ayuda. El miedo es la emoción predominante, el pánico solo se presenta cuando el escape es imposible.

Surgen también las conductas altruistas donde las personas actúan en forma heroica para salvarse a sí mismas y a otros.

• Fase de postimpacto

La tercera fase es la de postimpacto, que comienza varias semanas después de ocurrido el desastre, y suele incluir las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que experimentan los individuos. Esta fase puede prolongarse durante el resto de la vida de los afectados; en ella surgen los problemas personales a largo plazo, caracterizados por apatía o desgano, depresión y ansiedad crónicas.

Tomado de:
Protocolo de atención en salud mental a personas afectadas por desastres.
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Salud Mental
Guatemala, 2007.

GLOSARIO

Alucinaciones. Alteraciones en la percepción de la realidad sin existir un estímulo presente.

Antropogénico. Orígenes del hombre.

Calidad en el servicio. Se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes. Las dimensiones de la calidad son: la técnica y la interpersonal.

Capacitación. Es un proceso de educación formal a través del cual se proporcionan conocimientos para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes, con el fin de que las personas capacitadas desempeñen de manera más eficiente sus funciones y actividades.

Crisis de angustia (ataque de pánico). Ataque súbito acompañado de sintomatología neurovegetativa que tiene un componente psiquiátrico.

Comorbilidad. Existencia de dos enfermedades en un mismo individuo.

Ciclón. Perturbación atmosférica de una zona de bajas presiones, caracterizada por fuertes vientos.

Depresión severa. Trastorno mental caracterizado por tristeza, desilusión, abatimiento, ideas de muerte y disfuncionalidad social, que requieren intervención inmediata.

Deslizamientos de suelo. Los deslizamientos y los derrumbes son movimientos hacia abajo de masas de terreno, hasta encontrar un nuevo equilibrio dinámico.

Según el tipo de movimiento: la profundidad de la capa de terreno que se desplaza y la cantidad de agua que acompaña al desprendimiento de las masas de tierra, se distingue al deslizamiento del derrumbe. El deslizamiento es más superficial que el derrumbe.

Diagnóstico. Es la conclusión a la que se llega como resultado del análisis y evaluación de un conjunto de datos que presenta una persona o situación, tal y como ocurre con los signos y síntomas en un laboratorio.

Embotamiento emocional. Situación en la cual se agolpan las ideas y los sentimientos, perdiendo el sentido de la claridad y el poder de decisión lógica.

Empatía. Simpatía mutua entre dos personas. En la relación terapéutica implica la aceptación del paciente de su terapeuta y viceversa.

Equidad. Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En política de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal, a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Epidemiología. Rama de la medicina que se encarga de la distribución y comportamiento de las enfermedades en una población y época determinada.

Erupción. Tipo de actividad volcánica caracterizado por proyección de material sólido, líquido y gaseoso a través de un cráter.

Escucha activa. Implica no solamente oír lo que dice la persona, sino descifrar los mensajes que envía con toda su actitud corporal.

Estados disociativos. Son trastornos mentales de origen inconsciente en los cuales la persona se aleja de su propio Yo a través de sus actitudes, pensamientos y acciones.

Estrategia. Es la descripción del camino a seguir por las grandes líneas de acción contenidas en las políticas del programa. Determina las directrices y orientaciones fundamentales para alcanzar los objetivos del programa e incluye prioridades, metas, criterios operativos y responsabilidades. Establece la selectividad y el ritmo de las acciones. **Estrés.** Reacción del cuerpo humano ante eventos sociales, biológicos y psicológicos que le toque vivir.

Estrés agudo. Lo anterior de una manera exacerbada, abrupta y que requiere de intervención inmediata

Evaluación. Proceso que permite conocer, mediante instrumentos y técnicas específicas, los logros y los resultados alcanzados por la aplicación de un programa. Al mismo tiempo, esta valoración brinda la oportunidad de hacer correcciones y ajustes para mejorar la operación del programa con el propósito de llegar a obtener mejores resultados.

Evolución. Es el proceso que sigue un trastorno o enfermedad que puede ser hacia la mejoría, hacia la curación, hacia la cronicidad, hacia el empeoramiento o la muerte.

Factor estresante. Es la causa principal del desarrollo de un trastorno por estrés postraumático.

Gasto catastrófico. Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir alimentación o vivienda.

Grupos de riesgo. Es la condición de las familias o personas que debido a su edad, género, origen étnico o limitaciones físicas presentan mayores riesgos en su salud, en su integridad física, mental o social y en su desarrollo como personas plenas, que al hacerse presentes en determinados grupos, los convierte en grupos de riesgo. Además de lo anterior, en los casos de desastre, estos grupos son aquellos que están más expuestos a sufrir daños por vivir en zonas riesgosas, como pueden ser los asentamientos irregulares, las laderas de las montañas, las márgenes de los ríos, zonas sísmicas, etcétera.

Hiperestimulación. Estimulación aumentada.

Huracán. Un huracán es un viento cuya velocidad es igual o excede los 115 Km. por hora. En el área del Caribe los huracanes se llaman también ciclones.

Ilusiones. Es la deformación de la realidad percibida por nuestros sentidos, habiendo un estímulo presente.

Incendio catastrófico. Gran incendio que se propaga por extensas zonas y está fuera de control.

Incidencia. Número de nuevos casos que se producen en un periodo de tiempo.

Indicadores. Denotan mediciones individuales, como elementos específicos que reflejan directamente el atributo medido. **Medición cualitativa.** Incluye la descripción de las actividades llevadas al cabo, la utilización de recursos y la calificación técnica del personal. Su propósito es brindar un punto de vista dinámico del proceso, que incluya también las dificultades en el desarrollo del programa y si existieron cambios en lo previsto.

Medición cuantitativa. Se refiere a la medición entre las metas planteadas y las metas alcanzadas. Generalmente se expresa en porcentajes de avance.

Medición del impacto. Es la evaluación del efecto de varias acciones preventivas efectuadas en un tipo de población, en el largo plazo y dentro de un periodo determinado. Puede referirse a la variación en las cifras de incidencia y prevalencia, en las tasas de morbilidad y mortalidad, consumo *per cápita*, cambios en las políticas y programas institucionales, etcétera. **Meta.** Es la expresión cuantificada de las acciones que se espera realizar en la aplicación del programa, en un tiempo y lugar determinados.

Objetivo. Es la expresión cualitativa de los propósitos que se pretenden alcanzar en un tiempo y espacio determinados, además especifican con claridad la finalidad de realizar una determinada acción.

Patrón de evitación. Secuencia de hechos que puede manejar un sujeto para no repetir o evitar un evento traumático.

Participación comunitaria. Es la acción tendiente a propiciar y facilitar la integración y coordinación de los miembros de una comunidad para que intervengan en la identificación y solución de problemas que les sean comunes, así como en el mejoramiento de dicha comunidad.

Participación social. Es una estrategia por medio de la cual, las instituciones del sector promueven la intervención de la comunidad para resolver de manera conjunta sus problemas de salud, y lograr que los diversos ámbitos de gobierno respondan a sus necesidades y demandas. En oposición a un concepto de comunidad receptiva, la participación social implica el acuerdo entre las instituciones de salud y la comunidad, y su impulso requiere de acciones de promoción, capacitación, comunicación y concertación.

Plagas. Gran cantidad de insectos o animales que destruyen los cultivos.

Prevención. En el campo de la salud, es un conjunto de acciones que permiten evitar la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad, así como prepararse anticipadamente para evitar los riesgos de adquirirla.

Programa. Es una descripción por escrito de una secuencia de acciones afines y coherentes, por medio de las cuales se pretenden alcanzar objetivos y metas previamente determinados en su planeación.

Protección financiera. Estrategia del Sistema de Salud que busca garantizar la seguridad financiera de la población a través de la promoción del pago anticipado por la atención a la salud, el establecimiento de un financiamiento justo de la atención y, la prevención de gastos excesivos y potencialmente catastróficos debidos a la búsqueda y resolución de las necesidades de salud.

Rapport. Se refiere a una comunicación y escucha empáticas, con preocupación e interés genuinos.

Rasgos antisociales de la personalidad. Es un cúmulo de características que obligan al sujeto a actuar en contra de las reglas establecidas sin sentimientos de culpa.

Rasgos dependientes. Patrones de conducta por inmadurez y poca estructura yoica que nos llevan a buscar la facilidad de que alguien resuelva nuestros problemas.

Rasgos límites. Es un cúmulo de conductas que dificultan la relación con los demás y con la vida misma.

Rasgos paranoides. Características de la personalidad que consisten en pensar que todos nos observan, nos vigilan o hablan de nosotros. Puede no desarrollar un trastorno mental.

Reexperimentación. Es el hecho de revivir una experiencia previa.

Reacción al estrés agudo. Es un trastorno transitorio que se desarrolla en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días.

Salud mental. Es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental.

Sequías. Mucha menos agua de la que necesitan las personas o los cultivos.

Síntoma. Es la sensación subjetiva de una enfermedad que es percibida por el paciente como una sensación propia que puede comunicar (dolor, náusea, angustia, etcétera).

Sintomatología. Es una serie de datos subjetivos que experimenta el paciente en determinado trastorno.

Síntomas autónomos. Aumento de la frecuencia cardíaca, de la hipertensión arterial, sudación, etc.

Sismos. Fenómeno vibrátil que libera mayor cantidad de energía que un temblor y que ocasiona grandes o totales daños en las instalaciones, además de variaciones en la morfología terrestre del área afectada.

Tornado. Fuerte vendaval en forma de embudo, que gira sobre el terreno siguiendo una estrecha trayectoria.

Trastorno por estrés agudo. Su característica principal es la aparición de ansiedad y síntomas disociativos que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo

Trastorno por Estrés Postraumático. El trastorno por estrés postraumático se define como un conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un “suceso traumático estresante en extremo”.

Trauma prolongado. Exposición continua a una situación de sufrimiento psíquico o moral.

Tsunami. Serie de olas marinas gigantes que se abaten sobre las costas.

Triage. Término de origen francés que significa clasificación o selección. En el área de salud se entiende un proceso dinámico mediante el cual se determina el orden de prioridades.

Unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Establecimientos de salud que disponen de camas y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan un trastorno mental. **Vulnerabilidad.** Situación de desventaja ante los eventos de la vida, con respuestas pobres de adaptación.