

Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres.(**)

Autor: Dr. Alexis Lorenzo Ruiz **

- Master Profesional y Especialista en Psicología de la Salud. Doctor en Ciencias psicológicas. Profesor Titular. Jefe Servicio Hospital de Tarará, Ciudad de la Habana. Cuba
- Miembro del Consejo Consultivo y Comité Técnico del Centro latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED).
- Coordinador del Comité Académico de la Maestría “*Salud y Desastres*” del CLAMED.
- Email: alorenzo@infomed.sld.cu

(*) *En este material son recopiladas y analizadas las actividades y experiencias del Autor y un amplio Grupo de Colaboradores cubanos y latinoamericanos; las cuales están debidamente indicadas en la Bibliografía referida.*

Introducción

La inserción del psicólogo como profesional al Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba al igual que en muchos otros países resulta en los inicios del siglo XXI una realidad irreversible. Sin embargo, ello no es un hecho casual en el desarrollo propio de la ciencia psicológica ni mucho menos aislado de los logros alcanzados en el quehacer cotidiano del psicólogo en la solución de variados problemas y cuestiones relacionadas con la salud humana. Cuestiones estas, que como sabemos a diario resultan crecientes en forma muy ascendente, y sin contarse en gran parte de ellas, con las soluciones inmediatas en muchas regiones del planeta.

Para profundizar en la esencia de estas afirmaciones en el presente capítulo abordaremos “La intervención en situaciones de desastres” como una modalidad más de los diferentes modelos de intervención en la Psicología de la Salud. Pretendemos ofrecerles una caracterización psicológica primeramente de los desastres, profundizar en los aspectos teórico-conceptuales básicos; para después detenernos en la descripción de las especificidades y complejidades de la intervención del psicólogo de la salud en los desastres, con el análisis de experiencias concretas que les permitan al estudiante integrar sus conocimientos y establecer sus pautas para el ulterior auto-estudio del tema. En estos momentos resulta difícil decir que en un país, una región o continente no se perciba un incremento de la frecuencia e intensidad en la ocurrencia e impactos de las emergencias y desastres. Existe el consenso de que esta tendencia está más acentuada en los países pobres y en vías de desarrollo, por no contar con las suficientes infraestructuras y recursos de todo tipo para poder afrontarlos. Desde la óptica psicológica esta regularidad ocurre no sólo por el deficitario desarrollo económico, sino

además por la incapacidad y falta de cultura en el desarrollo de programas preventivos y educativos en cada una de sus instituciones y comunidades.

En ello radica la importancia y novedad de este tema para todos quienes se eduquen como futuros *Psicólogos a desempeñarse dentro del sector de la Salud*, no solo para que puedan llegar a comprender las riquezas y posibles aplicaciones que desde su etapa de formación dentro de la ciencia psicológica en general, sino, además, sentir la necesidad de continuar avanzando en la comprensión y la profundización en los aspectos psicológicos asociados a las situaciones de emergencias y desastres.

De esta manera cada estudiante podrá participar del análisis de conceptos y experiencias psicológicas relacionadas con estos fenómenos a través de las cuales en su futuro desempeño profesional sea capaz de cumplir con las siguientes *exigencias de la práctica profesional*: actuar debidamente, minimizar los daños y consecuencias, establecer las pautas para llegar a las lecciones aprendidas favorecedoras de un óptimo comportamiento humano. Sin dejar de señalar, que su propia actividad profesional en estas situaciones será brindada a todos los necesitados con mayor calidad y excelencia, independientemente de las complejidades y que se presentan en estos casos de desastres. En la revisión bibliográfica sobre estos temas, se observa como la problemática de los desastres ha tenido muchas explicaciones y abordajes, entre las cuales la comprensión psicológica y social de estos fenómenos ha sido renegada y/o minimizada. En unos casos por desconocimiento, en otros, por razones hasta políticas y muy ajenas a la voluntad de los damnificados. Paralelamente, la ciencia psicológica sólo en las últimas décadas es que se ha concentrado más en estos aspectos, desde las ópticas teórico-metodológica, experimental, asistencial, investigativa, trabajos de intervención o de campo propiamente dicha, en las actividades asociadas a los desastres.

Sobre la base de lo que está ocurriendo hoy en los inicios del Siglo XXI, ante la interrogante del *POR QUÉ de la PSICOLOGÍA en los desastres*, algunas de las respuestas pueden ser las siguientes:

- Las investigaciones han demostrado que, después de un acontecimiento traumático, la cicatrización de las heridas psicológicas era mucho más larga que la fractura de un brazo u otra herida física.
- La asimilación de un sufrimiento psicológico es una tarea prolongada y compleja para cualquier individuo o comunidad.
- Las personas preparadas y motivadas, sin ser necesariamente profesionales, pueden contribuir al éxito de este proceso.

- En cambio, si no se actúa con la debida atención o no se logra una buena comprensión, este proceso puede generar una inadaptación social o hasta provocar secuelas a largo plazo.
- Se ha demostrado que es de primordial importancia prestar asistencia inmediata tanto a las víctimas, como a los propios socorristas y hasta los responsables de las gestiones de asistencia y de garantizar el apoyo a largo plazo para ciertas comunidades de damnificados.

CONCEPTUALIZACIONES BÁSICAS

§ *Preparación psicológica y social en emergencias y desastres.*

Primeramente para el estudiante de psicología debe estar definido que el objetivo de todo su trabajo en situaciones de emergencias y desastres se va a dirigir a lograr los siguientes aspectos:

- Recopilar, analizar y divulgar informaciones sobre los factores de riesgo y manejo de los factores psicológicos y sociales en desastres.
- Incrementar y perfeccionar los conocimientos, hábitos, habilidades, e informaciones sobre estas problemáticas.
- Examinar las necesidades de cada una-o de los grupos poblacionales en las comunidades e instituciones con vistas a ser capaces de determinar la mejor manera de atenderlas.

El conjunto de conocimientos, hábitos, habilidades, experiencias y todo el quehacer del psicólogo en el campo de los desastres van a conformar su respectiva *preparación psicológica*. Como preparación psicológica para emergencias y desastres vamos a entender el proceso dirigido y organizado de formación, desarrollo y activación de cierta disposición y estabilidad psicológica que garanticen el éxito de las acciones en situaciones críticas, difíciles, complejas y peligrosas.

La preparación psicológica es un sistema de influencias, que a partir de procedimientos psicopedagógicos (instructivos, educativos, de orientación e intervención) tiene el propósito de asegurar la formación, consolidación o modificación y desarrollo de procesos, estados, cualidades, habilidades psicológicas y otros recursos de personalidad que garanticen que cada uno de nosotros pueda emplear plenamente y de forma

adecuada sus potencialidades físicas y psíquicas durante la actuación. Y además, formar y desarrollar las habilidades y cualidades psicológicas imprescindibles así como, la preparación psicológica en sí concebida como proceso.

La preparación psicológica debe cumplir las tareas siguientes:

- Dotar al personal de los conocimientos sobre las condiciones de actuación en los diferentes períodos y etapas de las emergencias y de los desastres con el objetivo de contribuir a su correcta representación y favorecer la posterior orientación en ellas.
- Dotar de conocimientos sobre los diferentes efectos e influencias negativas de las emergencias y de los desastres, a fin de garantizar su posterior reconocimiento e identificación.
- Dotar al personal de los conocimientos sobre las formas de prevención, atenuación y control de estos efectos e influencias negativas.
- Formar las habilidades psicológicas necesarias y entrenarlos para aplicar los métodos y técnicas necesarias para autorregular su actuación durante las condiciones de las emergencias y de los desastres.
- Entrenar al personal en actividades y condiciones que modelen de las emergencias y de los desastres y sus condiciones, a fin de favorecer la adaptación primaria a las mismas.
- Contribuir al restablecimiento de las consecuencias psicológicas de las condiciones y acciones que generalmente se desarrollan durante las emergencias y de los desastres.

§ Definiciones conceptuales

Las situaciones de desastre como cualquier otro suceso capaz de modificar y cambiar la vida humana en general, necesitan de un abordaje integral hoy más que nunca antes por su alta frecuencia y la magnitud de sus consecuencias y daños para el hombre y el medio ambiente.

Para ello, inicialmente debemos partir de la comprensión histórica de los desastres, comprendidos como fenómenos reales, que ocurren en el marco de la interacción hombre-naturaleza-sociedad. Comenzando por la comprensión mitológica y sobrenatural de nuestros ancestros en el decursar de la historia universal, hasta la

instauración y prevalencia de la científicidad dialéctico-materialista de nuestros días. Aunque en ocasiones aún encontremos y escuchemos las creencias e ideas irracionales al respecto en individuos y comunidades concretas, tal y como se refleja en los muestreos epidemiológicos y sociológicos en diferentes países y culturas.

Para ganar en claridad al respecto, debemos tener en cuenta a la *diferenciación etimológica de los dos conceptos básicos* y más frecuentemente usados en este tema:

- *Desastre*: *Dis-astrum* (latín). *Dis*: negativo o contrario. *Astrum*: estrella o astro, hado. En esta conceptualización etimológica, generalmente *el desastre* se denota *como* a un suceso adverso (desgracia grande, infeliz, lamentable) ocasionado por los astros, íntimamente relacionado con los dioses, Dios o poderes sobrenaturales.
- *Catástrofe*: *Katastrepho* (griego). Está referido a la última parte del poema dramático, su desenlace dramático, desgraciado. Actualmente es utilizado para definir sucesos infaustos que alteran el orden regular de las cosas, derribo, sumisión, trastorno, ruina, destrucción.

Si bien son utilizados estos conceptos en muchas oportunidades indistintamente, en los aspectos psicosociales, como son la vivencia de impotencia, vulnerabilidad, abandono y otros aspectos, se adecua más el término de “*desastre*”.

Generalmente se denomina como *desastre a un acontecimiento o serie de sucesos de gran magnitud, que afectan gravemente las estructuras básicas y el funcionamiento normal de una sociedad, comunidad o territorio, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda por lo que se requiere de acciones extraordinarias de emergencia.*

De esta definición se desprende que un desastre no es un fenómeno natural, sino las consecuencias del impacto de un determinado fenómeno de origen natural o vinculado a la tecnología sobre una sociedad, una comunidad y los elementos vulnerables existentes en un territorio dado.

¿Cómo puede entonces el estudiante de psicología identificar un desastre?

Primeramente, por el gran número de muertos y heridos, enormes pérdidas materiales sufridas o la necesidad súbita y urgente de ayuda externa para satisfacer las necesidades de los alimentos, albergue, ropas o salud física y mental de la localidad, a menudo

indican la ocurrencia de un desastre, pero no siempre son adecuadas para caracterizar a los desastres "pequeños" y "medianos".

En Cuba acorde a lo estipulado en la Directiva No. 1 del Primer Vice-Presidente del Consejo de Defensa Nacional para la planificación, organización y preparación del país para las situaciones de desastres., los desastres se clasifican según los estudios de riesgo / vulnerabilidad y los tipos de amenazas en tres tipos: de origen natural, de origen tecnológico y los de origen sanitario. Este documento emitido el 1 de junio del 2005 a raíz del análisis de toda la experiencia “*histórica*” acumulada en Cuba en el tema de desastres con relación a las consecuencias del cambio climático reflejado en el incremento de la intensidad-frecuencia e impactos de todos estos fenómenos, y en particular, lo acontecido durante el paso por la Región del Caribe y Cuba del Huracán categoría V “*Iván*”. De esta cada estudiante debe conocer este documento, el cual constituye hoy *el marco legal y la guía metodológica para todas las actividades a realizar en cada momento del ciclo de reducción de los desastres.*

¿Cómo medir los impactos de un desastre?

Existen diferentes criterios para ello, los más generales son: numerosas pérdidas, ayuda externa (en alimentos, salud, albergue...), número de muertos y heridos, dependiendo de la extensión del área afectada, amplios o puntuales. Según la velocidad con que se producen los efectos dañinos sobre los ecosistemas o la localidad: lentos o súbitos.

Según la recurrencia o regularidad con que se presentan: frecuentes o esporádicos, dependiendo del número de personas y volumen elementos afectados, o el valor de las pérdidas que ocasionan y de nuestra capacidad de resistir las pérdidas y nuestra capacidad de recuperarnos de ellas.

Los desastres vistos desde la óptica psicológica van a ser valorados como *procesos*, de forma tal que van a cursar por tres grandes fases: antes del desastre “PREIMPACTO”, durante el desastre y fase de la emergencia “IMPACTO”, y posteriormente al desastre “POSTIMPACTO”. Cada una de ellas van a tener sus características específicas y propias, no tan fáciles de delimitar a nivel psicológico pues la subjetividad humana es muy dinámica y compleja en el proceso de reflejo e interiorización del mundo objetivo que nos rodea y hasta de sí mismo, a diferencia de los criterios técnicos que ofrecen clasificaciones físico-mecánicas de los desastres.

A modo de ejemplos, podemos decir que los derrumbes de grandes números de viviendas, los ciclones, los terremotos, los tsunamis, la guerra, el terrorismo, la pobreza y la epidemia del SIDA en África, entre otros, podemos considerarlos como situaciones

de desastres. En cambio, un accidente del tránsito, el derrumbe de un número pequeño de casas, la enfermedad de un grupo de personas, la complicación de varios enfermos graves en un servicio de cualquier servicio de salud, un derrame de hidrocarburo focalizado y controlado, no llegan a ser considerados situaciones de desastre.

Debemos reforzar como la palabra *desastre* se utiliza para denotar cualquier acaecimiento que ocasione destrucción y sufrimiento e imponga demandas que vayan más allá de las capacidades cada individuo, familia, grupo, institución y de la comunidad para satisfacerlas de la forma normal o acostumbrada.

Resulta importante en el plano profesional valorar otro concepto muy utilizado en la práctica. Nos referimos a la necesidad de ser capaces de definir a una *emergencia* como cualquiera de los varios tipos de las situaciones de la vida cotidiana que requieran de auxilio por parte de las autoridades para complementar los esfuerzos de los niveles estatal-local e institucional para salvar y proteger la vida humana, las propiedades, la salud pública y la seguridad o prevenir o aminorar el peligro de un desastre". *Por ende, la emergencia es una* situación creada por un desastre, en la cual se hacen evidentes unas condiciones "*no sostenibles*" de coexistencia entre la comunidad humana y el ambiente que ocupa.

Las diferencias de la PREPARACIÓN PSICOLÓGICA en situaciones de emergencias y desastres van a estar predeterminadas y marcadas por múltiples factores, de los cuales los más importantes resultan los siguientes: tiempo y/o carácter más o menos súbito, intensidad y velocidad en la próxima aparición de los signos reales del desastre como tal. Al igual que variables psicológicas como capacidad de trabajo intelectual, nivel de escolaridad y cultural en general.

Para todo tipo de personal vinculado al tema resultan *cualidades psicológicas* importantes para la actuación en condiciones difíciles o extremas de tiempo de la vida habitual y/o en emergencias y desastres: la resistencia psicológica; la disposición emocional favorable y alta motivación; el autocontrol y autodominio; la adaptabilidad; la voluntad, independencia, confianza y seguridad en sí mismo; *la capacidad para la comunicación, el restablecimiento y recuperación, entre otras.*

RESPUESTA PSICOLÓGICA Y SOCIAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Esta RESPUESTA comienza en el mismo instante en que el individuo, institución y/o su comunidad se ven afectados (directa e indirectamente) por el DESASTRE, cuando el

acto de la naturaleza o del propio hombre por su magnitud y violencia alteran parcial y/o totalmente el ritmo y estabilidad de la vida cotidiana. Su duración va a estar en dependencia del tipo de desastre en cuestión. Pudiendo variar desde unos pocos segundos y minutos en el caso de algunos terremotos, hasta las erupciones volcánicas, ciclones tropicales, inundaciones, guerras, etc, los cuales tienen una mayor duración.

Existe un gran número de REACCIONES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL IMPACTO. Inicialmente, en la mayoría de las personas prevalecen los sentimientos de insensibilidad, una especie de inexistencia, algo así como una “*ceguera y/o sordera psíquica*”; en otros observamos una exagerada excitabilidad o irritabilidad. Son detectados recuerdos emocionales negativos y hasta temores trágicos del pasado. En las poblaciones afectadas cualquier nuevo indicio y hasta las más mínimas informaciones negativas, aquí son catalizadores y/o generadores de todas las manifestaciones antes expuestas o de nuevas vivencias psicotraumáticas. De ahí la tendencia de los damnificados a evitar llegar a una concientización de estos recuerdos y situaciones, con la preferencia a encubrirse y sobre todo a protegerse. Algo así como la reacción psicológica conocida como EVASION.

Tales niveles de inquietud, inseguridad, la constancia y carácter repetitivo de las sensaciones y vivencias psicotraumáticas en las emergencias y los desastres, pueden estar asociadas, en muchas ocasiones para el personal de enfermería con la inminente amenaza de daño y posible pérdida fatal de la vida de los pacientes y otros necesitados de sus servicios, su propia integridad física y estabilidad psicosocial, y llegar inclusive a afectar no sólo en lo individual, sino llegar hasta la existencia territorial en general, a nivel de una institución – comunidad y finalmente hasta la nación.

Como vemos, la *respuesta psicológica* humana en emergencia y desastre es muy variada y tiende generalmente a una recuperación hacia las conductas adaptativas espontáneas. Algunas estadísticas *internacionales* apuntan a los siguientes aspectos:

- Entre un 15 y un 25% de las poblaciones de afectados permanece frágil y consciente, puede evaluar su situación, controlar sus niveles de ansiedad y angustia, operativizar un plan de acción concreto, lo cual le permita salir airoso de la emergencia.
- Entre un 60 y un 75% actúan confusamente, deambulan con dificultad y desorientación, algo así como una especie de shock traumático. Inicialmente con una corta duración de segundos, minutos u horas. Pero en ocasiones días, meses, años y hasta para toda la vida.

- Aproximadamente un 10% se comporta de una forma muy irracional, sin el más mínimo control de sus emociones, paralizados por la ansiedad que llega al status del pánico generalizado. En tales casos a veces se necesita de hasta dos días para recién poder volver adaptarse a una conducta intencionalmente “normal”, es una especie de psicosis aguda o una reacción neurótica severa.

No obstante, en el momento del IMPACTO-DESASTRE, no todo es traumático y negativo, según la magnitud y tipo de desastre. Por supuesto, inmediatamente después del mismo nos encontramos ante verdaderos desafíos de la capacidad organizativa de la sociedad humana. Pues son conocidos muchos ejemplos en la historia de cada una de las comunidades cubanas en estos últimos cincuenta años ante los desastres. En los desastres también resaltan las potencialidades de la solidaridad humana, el nivel técnico-profesional certero de las diferentes formas de ayuda y salvamento, que se manifiestan con mayor calor y claridad en la asistencia médica especializada de urgencia en la FASE DE EMERGENCIA.

Vale destacar el sentido del mutualismo y tendencia a la autoayuda por parte de los sectores menos afectados por el impacto. Así como todas las labores que realizan las diferentes Instituciones Especializadas (Defensa Civil, Cruz Roja, Sistema Integrado de Urgencias Médicas, Bomberos, otros Cuerpos especializados de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y del Ministerio del Interior) y encargadas de actuar en situaciones de desastre tanto Gubernamentales como No Gubernamentales.

Llegando a conformar un todo estructurado y mancomunado típico de una COMUNIDAD NUEVA “*artificial y temporal*”, con vistas a auxiliar, asistir, rescatar a los heridos, identificar los cadáveres, brindar apoyo y orientación a sus familiares y a todos los damnificados en genera.

Vale aclarar aquí, como los desastres normalmente afectan a una comunidad conformada por una mayoría de personas aparentemente sanas. Por lo tanto, todas las REACCIONES (directas e indirectas) SOBRE LA SALUD HUMANA (somáticas y psíquicas) deben ser siempre tomadas en consideración, tanto en lo cuantitativo-cualitativo, como en su perdurabilidad.

Dado la experiencia Mundial y en Cuba, son muy frecuentes las quejas psicofuncionales, la exacerbación de los síntomas y hasta el agravamiento subjetivo de estas; llegando en ocasiones hasta una especie de hipocondrías generalizada y manifestaciones histéricas y disociativas sin tener que estar ante personas realmente con trastornos psicopatológicos conformados. Fenómeno conocido en la Psicología de la

Salud como la “*hipersubjetivización*” de las consecuencias psicosociales del desastre sobre el proceso salud-enfermedad. Aquí generalmente se describe como no puede la sociedad aceptar que él, un individuo que convive en la zona afectada por el desastre, portador de una “SUBCULTURA DAMNIFICADA”, con problemas y con necesidades *especiales*. El resultado se integra entonces en el marco de un nuevo ente como algo raro y sobre todo “*no bueno*” por lo que le ocurrió en el periodo durante-post desastre.

Es decir, estamos afirmando como la inmensa mayoría de las personas, poblaciones, instituciones y comunidades en desastres llegan a ser estigmatizados por algunos de estos comportamientos asociados generalmente de una u otra manera al proceso salud enfermedad. Situación esta muy común, al igual que en relación a otras cuestiones vitales, tanto por parte de los mismos damnificados como por la población en general y muy fuertemente por los medios masivos de comunicación.

En cada tipo de emergencia y desastre van a ocurrir variadas y muy complejas interrelaciones entre los factores medioambientales – socioeconómicos- tecnológicos, entre otros, y muy particularmente, cada uno de ellos con el hombre como ser bio-psico-social. En este sentido, la epidemiología, la sociología, la medicina de desastres, entre otras áreas, en los últimos años han llegado a establecer una detallada valoración de las modificaciones de la morbilidad y mortalidad por grupos poblacionales-instituciones-comunidades-naciones, en cada una de las Regiones y culturas a nivel mundial.

Para valorar la esencia de estos criterios, sugerimos recordar todo aquello que con anterioridad el estudiante de Psicología ha abordado relativo al proceso salud enfermedad, el proceso de formación de la personalidad y a las características del *CUADRO INTERNO-SUBJETIVO DE LA SALUD / ENFERMEDAD* (fundamentalmente en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles).

No obstante, en la bibliografía del tema recién comienza a tenerse en cuenta este concepto, pues han sido muy pocas las aplicaciones de los criterios y enseñanzas de la Psicología de la Salud en las atenciones e intervenciones a poblaciones, instituciones y comunidades damnificadas por los desastres. Por tales razones, los análisis e informaciones que son emitidos sobre los niveles de impacto de los desastres sobre el proceso salud enfermedad a nivel de cada individuo como ser biopsicosocial y de todo su entorno, resultan reduccionistas y mecanicistas, carentes de lógica y hasta de científicidad. Por lo cual, ha existido una tendencia histórica a negar este aspecto y/o a exagerar las modificaciones de las posibles repercusiones sobre la salud mental, llegándose hasta hablar de una especie de “*locura masiva*” como respuesta.

En consecuencia, los equipos de primera respuesta y muchos otros grupos de trabajo en el sector de la salud, no son capaces de abordar y mucho menos ofrecer soluciones satisfactorias a los variados problemas de la salud en desastres. Ocurre una especie de *comprensión dualista de la relación mente-cuerpo*, con un predominio por supuesto del enfoque biologicista del comportamiento humano en desastres.

Sin embargo, desde las experiencias y hallazgos de la *Psicología de la Salud* es posible ofrecer una óptica y perspectivas muy diferentes para ser capaces no sólo de comprender las particularidades de proceso salud enfermedad en situaciones de desastres, sino además, garantizar su abordaje y la comprensión con un carácter verdaderamente integrador del comportamiento humano en desastres.

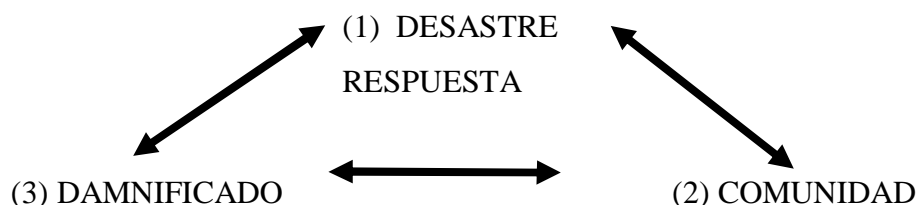
Por lo cual el *CUADRO INTERNO-SUBJETIVO DE LA SALUD / ENFERMEDAD* estará también modificado y en presencia del impacto (a mediano, corto y a largo plazo) psicosocial del desastre. En ocasiones toda esta amplia gama de cuestiones se integran y se conforman en un *supraconcepto* por medio del cual se manifiesta la “*subjetivización*” del impacto del desastre a través del fenómeno *psicosocial* el cual hemos denominado “*cuadro interno de la no salud*”. Este fenómeno es explicado y hasta argumentado lógicamente por la marcada y acentuada desviación de lo que es considerado en cada caso concreto como la “*normalidad*” de los parámetros del proceso salud enfermedad en grandes grupos de personas, en instituciones y hasta a nivel de comunidades enteras muy vinculadas a determinados tipos de desastres.

En estos casos resulta común encontrar comentarios y hasta publicaciones donde unos consideran todo tipo de reacciones un PROCESO NORMAL y cotidiano; otros, como una marcada tendencia a lo PATOLOGICO. Ambos criterios son totalmente erróneos y anticientíficos. Simplemente, las reacciones psicotraumáticas en situaciones de desastre pueden tener una evolución AGUDA, SUBAGUDA, hasta llegar a ser CRONICAS, al igual que ocurre en el resto de los procesos asociados a la salud humana.

Nos encontramos entonces ante RESPUESTAS evitables y previsibles, dado la ausencia del abordaje integral de la situación de desastre como un todo. Tal es la característica de las reacciones que no desaparecen en las primeras semanas. Llegando a formarse en su ulterior estructuración y desarrollo el *Síndrome del Estrés Post-Traumático (SEPT) - Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, sobre todo cuando no se cumplen con los requerimientos y aspectos abordados en la ETAPA PRE IMPACTO.

Con vistas a favorecer al estudiante una comprensión mucho más coherente de las diferentes formas y variables del IMPACTO psicológico y social en un desastre, proponemos integrar estos contenidos de forma esquemática (ver la Tabla No. 1).

Tabla No. 1: Factores determinantes del monitoreo y vigilancia de la respuesta psicológica en desastres.



- (1) *DESASTRE*: suceso, magnitud, carácter repentino / esperado, tipo.
- (2) *COMUNIDAD*: grado de preparación y gestión previa técnica-profesional-psicológica, experiencia y niveles vivenciales histórico-culturales de desastre, liderazgo formal e informal, instituciones comunitarias, medios de comunicación.
- (3) *DAMNIFICADO*: edad, sexo, escolaridad-instrucción, salud física-mental, grado de exposición, personalidad, umbrales histórico-culturales de comprensión, análisis, tolerancia, resistencia, afrontamiento y resolución en crisis, anti-estrés y anti-shock, pérdidas, mitos de (in)vulnerabilidad.

DAMNIFICADOS EN DESASTRES

Después de conocer los preceptos para el correcto proceso de identificación del impacto psicológico y social en desastres, debemos tener claro y responder con propiedad a la siguiente interrogante:

¿Quiénes son los individuos / comunidades y hasta sociedades completas a las cuales podemos definir como damnificados?

El término damnificado se refiere a las personas, familias, instituciones y comunidades afectadas por un desastre o sus consecuencias. Dichos sujetos experimentan por lo general (y así lo refieren posteriormente) estas situaciones como eventos estresantes e inesperados. Sin embargo, su capacidad de comprensión y resolución de los problemas – conflictos- preocupaciones – nuevas ocupaciones y exigencias, etc., se ven desde alteradas hasta limitadas - disminuidas y/o negadas por el carácter crítico / grave del desastre. Vale la pena aclarar, que aunque en muchos grupos de personas en los desastres, pueden aparecer síntomas físicos – psíquicos y problemas sociales muy serios, no se les puede considerar enfermos.

Es por ello que entre los reportes de damnificados en desastres podemos encontrar a personas de todas las edades, grupos raciales, ambos sexo, de cualquier nivel de escolaridad, pues se ha demostrado que *los desastres pueden afectar en forma indiscriminada a la población del área que sufre y se ubica el IMPACTO*.

Por estas razones y todos los aspectos anteriormente expuestos, algunos damnificados van a percibir mayor sufrimiento que otros, lo cual tal y como hemos reflejado va a depender de múltiples factores relacionados directa e indirectamente con el desastre como proceso y sus consecuencias como tal, la comunidad y las características biopsicosociales de la personalidad de los individuos en cuestión.

Cada uno de nosotros debe conocer que generalmente son mucho más susceptibles a desarrollar reacciones bio-psico-sociales ante un desastre, quienes son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas recientes y previas; los que están en riesgo a causa de enfermedades recientes; quienes experimentan estrés y pérdidas graves; pierden sus sistemas de apoyo / sostén psicológico y social, y los que carecen de las experiencias/ habilidades / niveles de entrenamiento para la comprensión / manejo y adecuada resolución de toda esta amplia “*problemática*”.

Estos conocimientos fundamentales van a estar predeterminados y avalados por un amplio grupo de conceptos (analizados ya en otras asignaturas anteriormente) muy interrelacionados entre sí: ciclo vital; eventos vitales; estrés y crisis; pérdida, muerte, duelo y pena; recursos cognitivos / emocionales / conativos y sociales; análisis y resolución de las crisis y los conflictos; los mecanismos de la adaptación / inadaptación y la readaptación humana.

Es decir, cualquier persona en situaciones de desastres puede llegar a convertirse en damnificado. Sin embargo, en la época actual por las razones de la globalización, el acelerado desarrollo de las comunicaciones, el Internet y otras vías modernas de comunicación, a diferencia de nuestros ancestros a diario estamos en conocimiento y en contacto (tanto directo como indirecto) con demasiados sucesos de emergencias y desastres y por consecuente con el sufrimiento humano que ellos generan. Inclusive sabemos que en ocasiones son fenómenos procedentes de geografías y culturas nada en común con las nuestras, pero el impacto psicosocial sobre muchas personas es real.

Sobre esta base resulta muy práctico, la delimitación de las personas y comunidades en situaciones de desastres en las siguientes subcategorías:

- A) *Implicados*: aquellos quienes por diferentes razones se relacionan con la zona / área y personas específicas del desastre.

B) *Afectados*: estos reciben (potencial y realmente) diferentes formas / vías y manifestaciones del impacto; sin embargo, no llegan a ser damnificados porque la magnitud del impacto no llega a desarrollar las sintomatologías psicopatológicas descritas en los manuales; y sobre todo el personal de la salud y cada estudiante de psicología deben tener *la máxima precisión* con relación a sus propios conocimientos / recursos y habilidades, de forma tal que les favorezca llegar a una comprensión y afrontamiento *adecuadamente* de estos sucesos en un mínimo período de tiempo.

Igualmente es muy importante destacar, como entre los profesionales de la salud, los expertos en desastres, el personal socorrista, los decisores y otros tantos inmersos en el desastre en cada uno de sus momentos y facetas no están excluidos de llegar a ser catalogados como damnificados, implicados y afectados por las consecuencias directas / indirectas de los desastres. Por tales motivos, a nivel psicológico y social no resulta tan obvio y mucho menos fácil de estimar los posibles impactos en desastres, a diferencia de los cálculos preestablecidos por los especialistas y técnicos, ingenieros, arquitectos, meteorólogos, sismólogos, etc., quienes cada uno desde su óptica en la actualidad ya cuentan con manuales y guías de buenas prácticas referentes a los inminentes daños e impactos estructurales / físicos / medioambientales, entre otros, en diferentes tipos de desastres.

A diferencia de los otros momentos de la vida cotidiana y de la actividad profesional del Estudiante y de todos desde Psicología de la Salud, en emergencia y desastres la muerte, el duelo, el luto van a tener muy específicas y complejas complicaciones. Pues la pérdida no ocurre como algo esperado, mas bien como el resultado abrumador del incidente crítico que multiplica el impacto psicotraumático.

Por regla general se han descrito CINCO ETAPAS sucesivas por las cuales cursan las personas moribundas ante la inminencia de la muerte y de una manera similar, sus seres queridos al morir. Estas son la NEGACIÓN - en la cual el individuo se niega a aceptar la realidad; la IRA y el RESENTIMIENTO - la persona admite el veredicto pero dirige sus emociones hacia el personal de la salud u otros vinculados al proceso de la muerte; la NEGOCIACION - con el personal de la salud y muchas veces con Dios en cada una de sus formas; la ACEPTACION - se reconoce la muerte como tal y muchas veces la depresión es la salida; y la ESPERA SERENA- la persona cansada, debilitada muchas veces apática por lo ocurrido se torna de esta manera.

En las emergencias y desastres estas cinco etapas las podemos llegar a observar de una u otra manera: No obstante, resulta mucho más complejo el proceso de aceptación y más acentuado la negación y otros tantos mecanismos de defensa que favorecen multiplicar al sufrimiento humano (individual-grupal-familiar-institucional y a nivel comunitario). Pues mientras en la vida cotidiana al morir un ser querido, se le puede organizar todo el proceso habitual del funeral, el acompañamiento final y saber el lugar exacto donde descansan sus restos mortales; en emergencia y desastres la mayoría de las veces esta posibilidad y capacidad aprendida en cada una de las culturas no siempre se puede garantizar al existir muchas personas desaparecidas y los propios cuerpos mutilados / maltratados. Es decir, en estos casos el personal de la salud y cada estudiante de psicología debe estar preparado primeramente para comprender la sensibilidad humana y después para saber acompañar el sufrimiento.

Muy vinculado a ello está la problemática de las personas en desastres que deberán ser evacuadas y retomar sus vidas en los refugios / albergues temporales, precisamente en momentos de un gran sufrimiento humano. En estos lugares va a ser primordial el trabajo y acompañamiento adecuado del personal de la salud y cada estudiante de psicología con el ético y científicamente aplicación de estos criterios .

ACTIVIDADES EN LA ETAPA POSTIMPACTO.

Un individuo, institución y su comunidad en DESASTRES comienzan a llevar (o intentar) una vida en el marco de una *EMERGENCIA PSICOSOCIAL*, en circunstancias de cambios y sometidos a una exigencia adaptativa masiva. Aquí es fundamental tomar en cuenta el impacto psicosocial causado por el desastre en la comunidad dada. Este proceso de *RECONCEPTUALIZACION* en general, por todos los implicados en esta situación, corresponde en parte a lo que algunos autores denominan “*EL SEGUNDO DESASTRE*” por sus niveles de impactos psicoemocionales negativos. La cual se manifiesta en variada medida en todas las áreas y esferas del proceso de interacción del hombre (ser bio-psico-social) con su medio ambiente circundante. Ocurre una especie de nuevo desastre, ya no como fenómeno físico, sino que en la actividad psíquica se mantiene latente y en evolución entre la mayoría de la comunidad de damnificados y hasta entre el personal socorrista.

Los propios damnificados comentan lo siguiente: “*El desastre no me deja solo a mí ni comer, ni dormir, vaya ni vivir. Es algo así como si fuese mi propia sombra, pero que*

con un color aún mucho más negro y sin esperanzas de encontrar la salida de este laberinto fatal y sin futuro”.

En otras palabras es algo así como una especie de VIVENCIA DE DERRUMBE, de final de mi existencia, una experiencia de ruptura de todas las estructuras y la pérdida abrupta de la capacidad autorreguladora en general.

LAS RESPUESTAS de los individuos pueden pasar por varias ETAPAS: negación, ansiedad/intranquilidad, agresividad, depresión, negociación, y hasta lograr alcanzar la aceptación total y completamente de la situación de desastre. Donde prevalecen los AFRONTAMIENTOS INADECUADOS de tipo: pasividad, evasión, negación; en lugar de los mayormente adecuados y activos tipo: asimilación, colaboración, competencia, etc.

La incidencia de las adicciones al alcohol y las drogas aumentan en estas poblaciones generalmente, como una de las tantas variantes de las reacciones psicotraumáticas asociadas al desastre. Encontramos igualmente en las poblaciones infanto-juveniles incremento de los problemas de aprendizaje y escolar en general. Los adultos pueden llegar abandonar su trabajo o en otros casos siente afectada su productividad. Encontramos descripciones de la ruptura y pérdida de la confianza en el control de sus vidas y destino futuro. Nuevamente proliferan los rumores con todas sus particularidades inicialmente comentadas en las fases pre-impacto y del impacto, a los cuales se insertan todas las particularidades psicológicas y sociales del post-impacto.

Por todo lo antes expuesto, tomamos en consideración la experiencia cubana e Internacional de la Psicología de la Salud en emergencias y en desastre durante los últimos años, en especial los preceptos de la PSICOTRAUMATOLOGIA MODERNA. Desde este punto de vista nosotros vamos a considerar a las SITUACIONES DE DESASTRE, situaciones típicas de un INCIDENTE CRITICO DE GRAN ENVERGADURA.

Ello lo avala toda la experiencia asistencial, docente e investigativa de nuestro Equipo de Trabajo desde el año 1990 en el diseño / desarrollo / evaluación y análisis de Programas de Atención especializada a poblaciones damnificadas por desastres.

Sobre la base de lo cual proponemos una VARIABLE INTEGRADORA DE LOS EFECTOS POST-PSICOTRAUMATICOS EN DESASTRES, sin el espíritu de minimizar ni mucho menos negar los otros criterios expuestos por os diferentes autores. La vida posterior al desastre prevalece y se manifiesta en forma de SHOCK PSICOLOGICO CULTURAL. EL CUAL ES UN PROCESO EN FASES: ERÉCTIL,

TÓRPIDA Y LA EXISTENCIAL Algo que no es posible en casos de complicaciones médicas, porque en lugar de la muerte, posterior al desastre, lo más común es la amenaza de la posible pérdida de la vida y en ocasiones de la existencia humana en el plano de una comunidad, regiones y hasta países enteros. Por sus orígenes, según los propios damnificados, este tipo de SHOCK puede ser PRIMARIO, si esta subjetivamente y directamente asociado a las consecuencias psicosociales del desastre como tal. Pero si las posibles causas generadoras están relacionadas por los propios damnificados no con el desastre como tal, sino más bien con el período POSTIMPACTO, estamos ante un SHOCK PSICOLOGICO CULTURAL SECUNDARIO. En su evolución y desarrollo el SHOCK PSICOLOGICO CULTURAL puede tener un curso ulterior DIRIGIBLE y NO DIRIGIBLE. Manifestándose con un carácter POSITIVO y NEGATIVO.

Por lo tanto, reconocemos como ocurre paralelamente una transformación en la CULTURA de estas instituciones y comunidades, pero no igual en todas, como no es idéntica en los individuos. Unos están más y mejor entrenados que otros, unos están más acostumbrados y llegan a percibir las situaciones de desastre ya como algo casi cotidiano. Lo que ocurre en las profesiones, regiones y comunidades más vinculadas a determinados tipos de desastres, a estos se les conoce como de ALTO RIESGO. De tal manera se va formando en la historia individual y social un nivel de preparación integral, al cual denominamos ENTRENAMIENTO HISTORICO CULTURAL. Este antes del desastre se manifiesta en la CULTURA COMUNITARIA HISTORICA, en el momento de la emergencia ante el desastre- CULTURA DE TRANSICION TRAUMATICA. Mientras en toda la vida ulterior al fenómeno ocurrido estamos en presencia de una CULTURA POSTTRAUMATICA.

PROGRAMAS DE AYUDA EN DESASTRES

Para las personas-instituciones-comunidades y sociedades en emergencias y desastres en la actualidad son concebidos muy diversos tipos de programas de ayuda – asesoría e intervención como tal.

La respuesta adecuada en caso de desastre depende de los preparativos a nivel individual, colectivo, institucional, comunitario y social de organización de auxilio. Para la elaboración de programas para situaciones de desastre es esencial la preparación obtenida a través de la enseñanza de un programa perfectamente diseñado. Los

objetivos de estos programas de preparación en desastres deben incluir los siguientes aspectos:

- Definir áreas críticas en que se requiere capacitación para situaciones de desastre.
- Valorar las necesidades de enseñanza del personal asistencial por medio del diseño de un instrumento apropiado de evaluación.
- Incorporar conceptos de la educación a adultos (muy importante, los avances de la educación a distancia y el uso de las nuevas tecnologías de la informática y la computación para estos fines) cuando sean elaborados y se presenten los planes de estudio.
- Utilizar todas las variedades de métodos educativos y los correspondientes recursos para los instructores.
- Evaluar los resultados por cada una de las etapas de trabajo, para así llegar a precisar la eficacia de los diferentes programas y las correspondientes necesidades de la educación continúa.

El *personal de la salud y cada estudiante de psicología* deberá aspirar a tener la práctica y conocimientos necesarios para en situaciones de desastre siendo capaces de:

- Facilitar la unidad de las familias, en especial de los niños con sus padres.
- No dejar solas a las personas amedrentadas o lesionadas; ser capaz de asignar a otro superviviente para que permanezca con ellas a colocar a las personas con estas características en grupos.
- Asignar tareas significativas o actividades con un propósito determinado para mantener a los damnificados ocupados y que mejoren su autoestima.
- Brindar calor, alimentos, refugio y reposo.
- Conservar una red adecuada de comunicaciones para evitar los rumores (exagerados e innecesarios) que despierten conductas irracionales e impulsivas.
- Empezar acciones de liderazgo, es decir, señalar a alguna persona para que sea quien dé las instrucciones y tome debida / adecuadamente las decisiones.
- Instar a los damnificados a desahogar verbalmente todo lo que experimentan, colocándose en grupos para que les sea posible compartir sus ideas-vivencias-sentimientos-fantasías, comportamientos, etc., y lleguen a apoyarse mutua y recíprocamente.
- Aislar a cualquier persona que demuestre pánico, conductas histéricas, fantasías paranoides, agresividad en incremento, etc., entre otras tantas reacciones

psicopatológicas; pues sus comportamientos generalmente pueden ser fácilmente imitados por . En estos casos se recomienda a alguien del personal de enfermería mejor preparado, permanecer con estas personas hasta que se cuente con la posibilidad de ponerlo a disposición del personal profesional (psicología, psiquiatría) que lo valore –intervenga y de seguimiento especializado.

El Estudiante de psicología, debería por ende, desarrollar algunas habilidades como futuro personal inmerso en las emergencias y desastres, las cuales podemos resumir en las siguientes *cualidades*:

- Convicción de que su intervención debe basarse en la Inmediatez (antes o tan pronto aparezcan los síntomas), la Proximidad (lo más cerca posible al lugar del suceso), la Expectativa (Ayudar al afectado para que comprenda que vive una reacción normal a un suceso irregular) y la Simplicidad (métodos psicoterapéuticos habituales y los específicos).
- Mantener constantemente presentes unos objetivos terapéuticos mínimos y realistas, claramente jerarquizados, centrados en el abordaje de la problemática inmediata, asumiendo que el desgarramiento emocional de los supervivientes y los familiares es un elemento más de los que configuran el contexto de la intervención y no debe erigirse en el “objetivo”.
- Aptitud para ayudar a niños, ancianos y a personas con enfermedades físicas o mentales crónicas.
- Capacidad para evitar que el damnificado se vuelva dependiente del consejero y aceptar con tranquilidad la posibilidad del rechazo o el escepticismo de la víctima.
- Aceptación de que los damnificados no sienten que necesitan servicios de salud mental y que por este motivo, no solicitan tales servicios.
- Capacidad de ayudar a un damnificado mediante la asistencia concreta y práctica para que obtenga recursos.
- Capacidad para adaptarse a los valores culturales del damnificado en función de sus creencias prestando atención a los detalles de las prácticas sociales, tradicionales o religiosas.
- Capacidad de apartarse de los métodos usuales de clasificación de las emociones y la conducta según categorías o etiquetas de salud mental clínicas.
- Capacidad para no “fundirse” con las emociones del damnificado para no perder la objetividad e inadvertidamente afectar de manera

Muy vinculado a estas cualidades va a encontrarse siempre *la comunicación en desastres para todo el personal de la salud*. Sin embargo, desde una óptica psicológica se debe recordar que la comunicación es un *proceso* y está obligada a acercarse a la evidencia de la identidad del damnificado, en la medida que la nula/menor/rica experiencia con personas que “*sufren por no encontrarse a sí mismos*”, no por incapacidad, sino por estar en “*crisis de identidad*”, o inclusive la relativa pérdida / modificación de la misma como tal.

Por lo que se conoce de los análisis especializados y de la práctica profesional en desastres, resulta en la Atención Primaria de Salud (APS), es decir, en la propia comunidad sin menospreciar ni minimizar la importancia de los otros niveles de atención (Atención Secundaria y Terciaria) y otros tantos escenarios en desastres, va a ser el lugar donde con mayor precisión y certeza se debe aplicar la preparación / capacitación y entrenamiento como tal del personal de enfermería como *comunicador social*.

En este sentido se *debe reflexionar acerca de la necesidad humana* de saber cómo somos, quienes somos, de dónde venimos, hacia dónde vamos, y de qué grupos sociales nos sentimos parte. En ello va a estar dada la importancia de la identidad como sentimiento de pertenencia y como elemento regulador del comportamiento. Por ende, de esta afirmación se desprende como en la medida que nuestras motivaciones, sentimientos, creencias, valores, prejuicios y actitudes más o menos continuos, todos los comunicadores sociales y especialmente los integrantes de cada uno de los equipos de enfermería, deberán *expresarse en actuaciones congruentes con los damnificados y sus comunidades*.

Por la importancia de estar aptos en lo concerniente a la *preparación psicológica y social* el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, debe ser capaz de aplicar todos estos criterios y realizar screening e interrogatorios rápidos para identificar a cada una de las posibles variables y a los niveles de impacto ante un desastre.

¿Cuáles serían para nosotros las fuentes de la comunicación social en desastres? Primeramente, para responder ante esta interrogante debemos recordar que todos estos fenómenos son procesos muy dinámicos, que simbólicamente podrían ser vistos en un trabajo por etapas como ha sido abordado hasta el momento en cada uno de los contenidos las emergencias y los desastres.

El personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, en la *primera etapa* de cada situación de emergencia y desastre deben delimitar:

1.- *características de la comunidad*: ubicación geográfica; datos socioculturales; características socioculturales; datos sobre la salud-enfermedad; organización sanitaria, política y otras.

2.- conocer los recursos de la comunidad.

a) del sector de salud oficiales.

b) del sector de salud, no oficiales.

c) oficiales fuera del sector salud.

d) no oficiales fuera del sector salud.

❖ Durante la *segunda etapa*: se realiza la elaboración del diagnóstico comunitario. Siguiendo las informaciones con las cuales generalmente contamos y las intervenciones en la comunidad – estas pueden ser agrupadas en dos grandes líneas.

I.- *Las orientadas al individuo y la familia*: se les conocen como las clínicas, en ellas se aplican conocimientos de psicopatología, psicogenética, psiconeuroinmunología, psiconeuroendocrinología, psicodinámica, biología y psicofarmacología, entre otras disciplinas.

II.- *Orientadas a la comunidad*: reconoce que el foco del diagnóstico comprende además a la comunidad y la población escogida como objetivo de la intervención; aquí son aplicados conocimientos de epidemiología psiquiátrica, de las ciencias sociales y del comportamiento humano.

❖ El diagnóstico psicosanitario comunitario en desastres esta sería *tercera etapa* y la experiencia internacional podría resumirse de la siguiente forma:

- damnificados directas del desastre, en especial las poblaciones afectadas por las pérdidas de familiares, amigos, medios económicos y con limitaciones físicas.
- personas no directamente afectadas, pero con pérdidas de familiares, amigos, medios económicos y con limitaciones físicas.
- niños, ancianos, minusválidos y personas que cuentan con limitados servicios familiares y económicos.
- trabajadores de la salud vinculados a las labores asistenciales y de rehabilitación en las zonas de desastre.
- considerar el estado del tejido social, las significaciones otorgadas a los procesos de salud y enfermedad; las posibilidades comunicacionales y elaborativas de cada comunidad.

- las prevalencias existentes y la capacidad de asistencia de instituciones públicas y privadas.

Todo ello facilita al personal de enfermería en idéntico sentido que a cualquier otro comunicador social en desastres llegar a reconocer el carácter continuo y de índole multi-interdisciplinario e institucional de la comunicación social, con igualdad de derechos y deberes cada participante; donde su objetivo es hacerla más efectiva y humana posible en cada una de sus tres dimensiones (*informacional, interactiva y perceptual*).

¿Cuándo puede llegar a saber el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, si ha cumplido o al menos aplicado parcialmente estas recomendaciones? *Principalmente*, si ha logrado la empatía, lo cual es un signo de confiabilidad y credibilidad, pues los demás aspectos técnicos han sido anteriormente explicados.

¿Cuándo puede estar seguro el personal de enfermería y afirmar que se encuentra ante una *comunicación exitosa*? En aquellas situaciones cuando la *empatía* es sinónimo además del reconocimiento de la autoridad mutuamente entre las partes participantes en el proceso; al actuar los mecanismos de sugestión en formación / desarrollo / deformación/reforzamiento de *verdaderas (objetivas) esperanzas* de ayuda; si se aprovecha con todas sus ventajas a la creencia sugestiva de “*la primera impresión*”.

Deben ser tomados en cuenta por el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, los antecedentes y la situación actual de esas poblaciones, además de sus aspectos económicos, sociales, culturales, geográficos, e historiales de riesgo y protección, quienes definen la interpretación de las informaciones. Se impone la necesidad de un tratamiento más analítico y positivo, en un contexto histórico cultural del pasado-presente-futuro integrado con informaciones claras y objetivas capaces de despertar el interés y lograr una fácil comprensión. En este sentido, *el personal de la salud y cada estudiante de psicología* deben también estar capacitado y preparado para responder a la siguiente interrogante *¿Qué hacer?*, en el caso de la actividad que le corresponde en comunicación social en desastres.

¿Cómo hacer realidad el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, este amplio y complejo material teórico en la *práctica diaria en situaciones de desastre*? Se recomienda no depender exclusivamente de los medios masivos para difundir los mensajes y recordar en tales casos que el mecanismo de comunicación más eficaz es el interpersonal, *cara a cara- “face to FACE”*. Razón por la cual, los medios e

instituciones vinculadas a desastres en especial, en la APS, deberían crearse programas que respalden y complementen ese tipo de interacción directa / indirecta.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DESASTRES

El personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, en su formación básica (y posteriormente postgraduada) poco a poco van recibiendo informaciones y argumentos referentes a la preparación psicológica como tal para su futura actividad profesional. En lo concerniente a los elementos necesarios para adecuar sus conocimientos y habilidades “*psicológicas*” para actuar debida y efectivamente en desastres debemos decir que ocurre lo mismo.

Partimos del precepto, que el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, con las informaciones expuestas en este Capítulo, va a tener una visión mucho más actualizada y estructurada sobre las emergencias y desastres en un marco psicológico, por ende, a lo largo de todo el proceso de formación en la PSICOLOGÍA, van a familiarizarse con todas y cada una de las *Técnicas y procedimientos psicológicos* que son posibles elementos a utilizar en desastres.

Sin tener que llegar a ser un experto en estos temas, debe el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, conocer qué, cómo, cuándo y por qué HACER a la hora de apoyar a otros profesionales – voluntarios y hasta a personas sin ninguna capacitación en desastres con vistas a brindar ayuda / apoyo psicológico en desastres.

La experiencia internacional ha demostrado que las *Técnicas y procedimientos psicológicos* que mayor efectividad están teniendo resultan las de corte cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la asertividad, la relajación, el entrenamiento autógeno, la hipnosis y autohipnosis, la musicoterapia, entre otras.

Lo más importante a tener de antemano previsto es la organización de la Primera Ayuda Psicológica (PAP), *por medio de la cual interactuamos e intervenimos con una persona-grupo-familia--institución-comunidad en crisis, primeramente por un miembro del personal de la salud, y el propio estudiante de psicología,, igualmente se puede realizar por un miembro de la comunidad, un voluntario, un integrante de los equipos de primera respuesta o profesionales ligados a disciplinas relacionadas con la salud, para aliviar las tensiones creadas por un suceso que amenaza la vida o la seguridad del Individuo en situaciones de emergencia y desastres.*

Los objetivos de la Primera Ayuda Psicológica son:

- Ayudar a las personas a encontrar respuestas después de exponerse a una emergencia o desastre.
- Proporcionar al individuo el conocimiento necesario para manejar mejor las reacciones esperadas.
- Promover la salud y bienestar del voluntario o integrante de los equipos de primera respuesta.
- Prevenir las reacciones de estrés trauma.
- Ayudar a la persona después del desastre.
- Restablecer el funcionamiento después de una reacción al estrés trauma.

Para el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, debe estar claro que los componentes de la Primera Ayuda y de los Primeros Auxilios Psicológicos son los siguientes aspectos:

- Hacer contacto psicológico.
- Examinar las dimensiones del problema.
- Proporcionando apoyo.
- Reduciendo la mortalidad.
- Proporcionar enlaces y recursos de ayuda.
- Explorar las posibles soluciones.
- Ayudar a tomar una acción concreta.
- Seguimiento.
- Facilitar la expresión verbal.
- Favorecer la catarsis.
- Ayudar a superar la negación.
- Combatir el negativismo.
- Tolerar las conductas de enojo.
- Evitar la inactividad.
- Ejercitar la imaginación en situaciones futuras.

Con vistas a lograr un adecuado conocimiento y uso de la PAP debemos destacar los principios sobre los cuales se basan estos en emergencias y desastres:

I.- INMEDIATEZ: *Antes y en cuanto aparezcan los primeros síntomas.*

II.- PROXIMIDAD: *Tan cerca como sea posible del lugar de los acontecimientos.*

III.- EXPECTANCIA: *Aceptar y reconocer que las reacciones de las personas son “normales” ante situaciones excepcionales.*

IV.- SIMPLICIDAD: *Aplicación de técnicas sencillas y prácticas.*

Por tales motivos, el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, debe priorizar los medios y vías para estar preparados y entrenados para trabajar como una lo realizan habitualmente las Brigadas de Primeros Auxilios Psicológicos, como cuales vamos a considerar a aquel colectivo de trabajo con la capacidad / habilidad y facilidad individual / profesional para lograr con la mayor inmediatez posible en emergencia y desastre la comprensión, apoyo y ayuda de carácter adecuado-ética y humanamente coordinada que se le brinda a todo el que se encuentre inmerso y vinculado a estos incidentes críticos, llegando a estar necesitado de este tipo de apoyo y ayuda grandes grupos de personas generalmente.

Muy vinculado con estas cuestiones se encuentra el apoyo psicológico y social en desastres, considerado como el sentimiento que tiene una persona de ser atendida y valorada por otros y pertenecer a un grupo social determinado. Cuando hablamos del aspecto psicológico- se puntualiza los componentes cognitivos-afectivos-conativos con un énfasis en la subjetividad humana en estas situaciones; mientras que en el caso del social- la atención va hacia el soporte e intercambio con los diferentes grupos-familias-instituciones y comunidades y otras fuentes del entorno social proveedoras de este tipo de relación.

El personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, debe conocer el funcionamiento de los diferentes sistemas de apoyo social, lo cual en gran medida estará en dependencia de cuan en mayor/menor medida personalice o no su relación con ellos el sujeto implicado en cada una de las situaciones de emergencia y desastres. Destacándose como el carácter de apoyo de cualquier tipo de relación adquiere para el hombre, depende del sentido cualitativo que el mismo adquiere para el desarrollo, funcionamiento y bienestar integral del sujeto.

No obstante, ya existen en el marco de la psicotraumatología moderna y autores de diferentes tendencias teórico-metodológicas y prácticas (psicólogos, psiquiatras, sociólogos, epidemiólogos, médicos, otros) que han tenido que actuar en desastres han llegado a proponer algunas técnicas y procedimientos psicológicos específicos para damnificados en desastres algunos de los cuales les presentamos a continuación:

- Briefing: toda la preparación previa que se realiza antes de actuar en desastres.

- Defusing: consiste en la desinfección “*emocional*” inmediatamente al concluir una intervención determinada en emergencia y en desastres.
- Debriefing: la organización de programas de intervención psicológica especializada la cual se realiza fundamentalmente por personal profesionalmente capacitado a partir de los 6 meses para algunos autores, para otros inclusive a las setenta y dos horas posteriores a la actuación y contacto directo con el desastre.
- CISMD: *Critical Incident System Management Debriefing*- Sistema para el Manejo especializado del incidente crítico. Este consiste en un programa previamente concebido y estructurado.
- El método de Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular Rápido (EMDR).
- La Disociación Estructural Compleja de la Personalidad.
- Las terapias anti-shock, anti-estrés y anti-estrés post-traumático, entre otras tanto del tipo psicoterapéutica como psicofarmacológica.

Muy conocida y aplicada resulta la *técnica de intervención en crisis*, la cual va a estar dirigida en sus contenidos cuando se trabaja con los damnificados-familiares-socorristas u otros grupos poblacionales a cambiar, disminuir o modificar el problema; devaluar un evento traumático (en este caso al emergencia y el desastre) buscando la satisfacción en otro sitio; y reasignarse a lo que ha sucedido y luego tratar de controlar el estrés resultante. En el marco de este proceso de comprensión y resolución de la crisis se entrelaza al individuo y su entorno con los recursos personológicos y sociales necesarios, son abarcados las posibles respuestas de acción, redefinir la situación en su carácter amenazante a fin de controlar mejor / de una manera más adecuada las tensiones / el estrés / otras diferentes consecuencias del impacto de las emergencias y desastres. Finalmente, se aspira con las intervenciones en crisis favorecer respuestas biopsicosociales en cada una de las personalidades, instituciones y comunidades de resolución que sean capaces de un óptimo control – manejo e interpretación de todas las posibles consecuencias psicotraumáticas.

El personal de la salud, y el propio estudiante de psicología por la complejidad de las actividades que corresponden en emergencia y desastres deben conocer de estas técnicas especializadas las cuales en cada uno de los países está estipulado sean realizadas por los trabajadores y especialistas *debidamente entrenados* de los

Equipos de Salud Mental (Psicólogos, Psiquiatras, Personal de Enfermería, Trabajadores Sociales, Comunicadores Sociales, Logopedas, Rehabilitadores Físicos, las diferentes Especialidades Médicas en las instituciones de salud y comunidades, otros).

Los aspectos comunes entre cada una de estas *técnicas psicológicas para emergencias y desastres* para el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, se pueden resumir de la siguiente manera:

- Proveer información sobre el incidente en cuestión (emergencia, desastre) y las reacciones en el personal-población-institución-comunidad-sociedad que estamos (o vayamos a hacerlo en forma inmediata o futura) atendiendo.
- Proveer información sobre las reacciones de tensión, el manejo del estrés y los servicios de apoyo disponibles.
- Reducir rápidamente la intensidad de las reacciones de un evento traumático.
- Fortalecer la red social del grupo y reducir sentimientos de singularidad.
- Establecer expectativas positivas sobre el futuro y fortalecer el valor personal.
- Evaluar el bienestar de todo el personal involucrado para determinar la necesidad de los servicios de seguimiento a cada tipo de damnificado en función de su *individualidad* y sin obviar los aspectos específicos del tipo de emergencia y desastre como tal.

Tabla No. 2: Actividades para el Psicólogo en cada etapa del ciclo de reducción de desastres.

FASES	CARACTERISTICAS	ACTIVIDADES
PREIMPACTO	Actividad y vida habitual cotidiana sin cambios, ciclo vital estable.	Prevención, promoción, planificación, preparación, capacitación.
IMPACTO	Desastre- evento vital estresante- crisis- conflicto-pérdidas.	Actividades de emergencia y salvamento. Evaluación inicial de los daños
POSTIMPACTO	Trauma físico, psicotrauma, impacto psicosocial negativo, evolutivo, mantenido y con tendencia a la cronicidad	Continúa la evaluación de los daños. Rehabilitación, reconstrucción, recuperación, y la readaptación

A manera de integración de las diferentes formas de intervención psicológica en desastres, ofrecemos sus contenidos y actividades en cada una de las etapas del ciclo de reducción de los desastres en la anterior Tabla No. 2.

Resulta muy importante y nunca dejar de tenerse en cuenta las medidas de *supervisión de los no profesionales por los profesionales de la salud mental especializados en desastres*. Para lo cual en cada servicio de todas nuestras instituciones de la salud (fundamentalmente en la comunidad en la APS) se debe diseñar desde al ANTES DEL DESASTRE y aclarar todos los mecanismos de un sistema de referencia establecido y de un buen nivel de funcionamiento para los individuos seriamente afectados que pudiesen requerir una intervención mucho más especializado.

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DESASTRES DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Cada uno de los *Modelos de intervención psicosocial* conocidos es utilizado en la atención psicológica a las personas, instituciones y comunidades damnificadas por desastres. Sin embargo, en nuestra práctica hemos observado la superioridad y las facilidades de la PLANIFICACION ESTRATEGICA la cual nos permite definir los siguientes criterios:

- *¿Hacia dónde vamos o queremos ir / llegar?* Lo cual nos permite definir los *objetivos y metas* del programa de intervención.
- *¿De dónde venimos, donde estábamos antes del desastre?* Muy importante pues nos va a informa sobre el punto de partida relativo a la “*normalidad*” antes de la situación del desastre en lo individual- grupal- familiar – institucional y comunitario
- *¿Qué necesitamos para llegar a la meta?* Significa la definición de todos los recursos necesarios en cada caso.
- *¿Cuáles preceptos regirían las acciones?* Para el estudiante de Psicología resulta vital comprender en cada uno de sus objetos de análisis y futuros usuarios (en lo individual- grupal- familiar – institucional y comunitario) de los intereses y motivaciones.
- *¿Cuándo debemos actuar?* Básico el saber y tener de antemano precisado en los planes de reducción de desastres a todos los niveles la definición del saber que todas la acciones del programa de intervención `psicológica (como de cualquier otra índole) debemos tenerlo todo lo suficientemente claro para dar inicio / continuación

y sobre todo el cierre a nuestras actividades nunca ni antes, ni después, siempre en el momento preciso.

- *¿Cómo estar seguros del cumplimiento de las metas?* En pocas ocasiones se trabaja en esta dirección y no se da a la retroalimentación y no se reanaliza lo suficientemente profunda cada situación de desastre.

Tomando en consideración todas estas consideraciones teórico-metodológicas y prácticas, *nuestras acciones e intervenciones psicológicas en situaciones de desastres deben ser pautadas a través de una serie de momentos:*

- *La Evaluación psicosocial inicial* de los damnificados (individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria).
- *La definición de la modalidad de ayuda psicológica a brindar* en sus diferentes formas y vías durante cada una de las etapas del programa de intervención que se ha diseñado.
- *Trabajos por grupos etéreos, los grupos de alto riesgo psicosocial u otros, y actuar siempre acorde a sus necesidades psicosociales.*
- *Evaluaciones psicológicas* del desarrollo y crecimiento psicosocial de la personalidad en cada uno de los grupos de esta población de damnificados de forma integral.
- *Abordaje del proceso salud enfermedad* en toda su magnitud.
- *Caracterización del impacto psicosocial actual y su futuro desarrollo durante las situaciones de desastre.*
- *Definición de las derivaciones / remisiones necesarias a otras Especialidades (Psiquiatría, Neurología, Psicopedagogía, Logopedia, etc.) e Instituciones,* según las indicaciones de cada caso.
- *La Evaluación final,* en el marco de la cual a cada damnificado y a todo el personal familiar acompañante se le informan las conclusiones de los diferentes programas de atención que ha recibido durante la estancia en cada una de las instituciones. Lo cual puede considerarse como una variante del de la etapa de cierre de la intervención psicológica como el conjunto de los tratamientos y el proceso de “ALTA” en sentido general.

En la práctica ello nos ha permitido diseñar los programas de intervención psicológica en desastres para nuestras experiencias de trabajo en Cuba aplicadas desde la Psicología de la Salud en las siguientes *CINCO ETAPAS:*

- I. *DISEÑO*: su actividad central preparación, supone el análisis e interpretación de todos los datos disponibles inicialmente, de las restricciones y la identificación de los criterios de las soluciones posibles para satisfacer las necesidades y expectativas de una comunidad vulnerable y/o afectada por desastres ubicada en una sociedad determinada.
- II. *IMPLEMENTACION*: va dirigida a la aplicación de las actividades diseñadas, primeramente a través de los pilotajes y trabajos de campo, para la validación inicial de sus impactos. Posteriormente, en la práctica, las recomendaciones sugieren las modificaciones del programa.
- III. *DESARROLLO*: la generalización de las diferentes actividades del programa, una especie de producción integral de cada uno de los factores participantes.
- IV. *PERFECCIONAMIENTO*: los ulteriores momentos de vida de cada programa en las comunidades e instituciones se caracterizan por la acumulación de los aprendizajes.
- V. *EVALUACION*: un enjuiciamiento de las soluciones y resultados generados, contrastándolos con los criterios diseñados en la preparación; sin obviar la inclusión en los análisis de cada una de las etapas; así como de las instituciones especializadas y de las propias comunidades.

Los determinantes de la efectividad de este modelo de intervención psicológica en desastres, pueden ser considerados los siguientes cinco principios generales muy conocidos, y un sexto, más específico, de este tipo de personas damnificadas por incidentes críticos: 1.- El principio de la complejidad; 2.-El principio de la individualidad; 3.-El principio del dinamismo; 4.-El principio de la durabilidad; 5.-El principio de la continuidad y el sexto, El principio de “la amortización”.

El cual consiste en la amortización de la “presión” de la influencia psicosocial de los incidentes críticos de gran envergadura; en aras de lograr la comprensión, acción e influencia temprana, adecuada, científica, histórico-cultural sobre los grupos de damnificados y sus comunidades afectadas. Todo ello, va a favorecer en un corto tiempo y con la mayor adecuación el restablecimiento de los modos y estilos de vida “normales-estables” en las comunidades damnificadas y su entorno; sin olvidar la posible reducción a la mínima expresión las pérdidas humanas y materiales

El Modelo de intervención psicológica desde la óptica y preceptos de la Psicología de la Salud que hemos diseñado, validado y aplicado a partir del año 1990 lo hemos definido

como un “*MODELO INTENSIVO INTERACTIVO DE ORGANIZACIÓN DE LA AYUDA PSICOLÓGICA*”.

El mismo va a cumplir cuatro *objetivos centrales*: definir y desarrollar en cada participante sus motivaciones en función de su psicocorrección; concienciar y perfeccionar en ellos las posibilidades propias con que cuentan (creencias, hábitos, habilidades, conocimientos, etc.), muy particularmente dirigidas a la comprensión / afrontamiento de las situaciones “*críticas*”; adecuar y desarrollar el autoanálisis y la autovaloración de los participantes; y finalmente, adecuar sus mecanismos de autocontrol y valoraciones referentes a su ciclo vital, el pasado, presente y con mucho énfasis, en el futuro “*optimista*”.

En la práctica este Modelo ha sido utilizado a partir de 1990 en el Centro sanatorial de Tarará, La Habana-Cuba con resultados muy satisfactorios en la atención psicológica a más de veinte y cinco mil personas damnificadas por las consecuencias del accidente nuclear de Chernobil procedentes de diferentes zonas de Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Moldavia. Igualmente ha sido implementado y validado desde el año 1998 por los especialistas de estos países en el Centro Médico Infantil Internacional de “Evpatoria” en Crimea-Ucrania.

En Tarará se brindó este tipo de intervención psicológica a otros grupos de poblaciones damnificadas por desastres: minusválidos y damnificados por el terremoto de la ciudad de Ereván-Armenia (1991), familias de radioaccidentados por Cesio 137 procedentes de Goiania, Estado de Goias-Brasil (1992), refugiados por la erupción volcánica de la Isla de Montserrat (1997).

De esta manera en Cuba la integración de estas experiencias ha estado muy interrelacionada a la propia evolución de la intervención psicológica de la Psicología de la Salud en otras áreas. Lo cual ha permitido llegar a algunos resultados tangibles:

- Organización del Centro de referencia nacional para el apoyo y la preparación psicológica para desastres en la Sede Central de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja cubana – SNCCR (1992). Posteriormente se estructura y perfecciona en el marco del Programa nacional de apoyo psicológico de la SNCCR (1998), diseminado por todo el país.
- Integración del Consejo Consultivo y del Comité Técnico del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres – CLAMED (2001). En el marco del cual se ha desarrollado una amplia labor de promoción y capacitación en los

temas de la psicología en emergencia y desastres en todos los territorios de Cuba.

- Se participa en la organización de la Federación Latinoamericana de Psicología de Emergencia y Desastres – FLAPED, con sede en Lima-Perú (2002).
- Se participa en la organización de la Red Latinoamericana de Psicología de Emergencia y Desastres – Brasilia, junio-2006. Se coordina su Primera reunión en la Habana, 11 de septiembre del 2007.
- Se incorporan estos tópicos en la asignatura de “*Preparación psicológica para la defensa y las situaciones de contingencia*” al programa curricular de la Licenciatura en Psicología (Mención Salud), durante el II semestre de su cuarto año de estudios (2008).
- Han sido elaborados los lineamientos para la protección, apoyo e intervención psicológica en desastres para Cuba (2008).
- Finalmente estamos ante el reconocimiento de esta área del conocimiento y de la práctica profesional como un nuevo horizonte para el Psicólogo de la Salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Para el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, en este *Capítulo* se ha expuesto un amplio material sobre los desastres en general y en cuanto a sus matices psicológicos y sociales.

Los diferentes tipos de desastres no sólo se incrementan en frecuencia y magnitud, sino también por las especificidades / complejidades de sus matices psicosociales. El impacto en estos eventos se expresa a través del caos como forma de desorganización social, temores, ansiedad, angustia, apatía y ruptura de la mayoría de las estructuras del sostén y apoyo del tejido psicosocial.

Mientras que en el enfoque que ha prevalecido históricamente del RIESGO / VULNERABILIDAD se centra en aquellas características que son asociadas con una elevada probabilidad de daño bio-psico-social, en cambio desde la Psicología de la Salud consideramos mucho más factible y acertado cuando hablamos de las posibilidades del enfoque de la RESILIENCIA y de los FACTORES PROTECTORES. En lo cual se demuestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de riesgos o daños, no encuentran a un sujeto inerte, en el cual se determinarán las consecuencias del desastre.

Ejemplo de la resiliencia y de los factores protectores tenemos a la familia, la escuela, el sistema nacional de salud cuando es sólido-estructurado y funcional, la debida capacitación en el trabajo y actividades para las cuales estamos designados en general y en desastres, la cohesión y profundidad de las relaciones en cada grupo de trabajo, la flexibilidad y adecuación en los estilos de dirección.- ordena y mando en cada estructura de trabajo. Por tales razones, la *resiliencia en* este caso no es más que la cualidad de cada uno de nosotros por si mismo de ofrecer el más adecuado y menos traumático comportamiento (tanto consciente como inconscientemente) en desastres sin tener que estar directamente relacionado o asociado al nivel cultural-técnico-profesional, genero, grupo racial del sujeto en cuestión.

El eslabón unificador la resiliencia y de los factores protectores para el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología consideramos al *nivel de entrenamiento histórico cultural en emergencia y desastres*, el cual se adquiere a lo largo del ciclo vital y complejo proceso bio-psico-social de formación de la personalidad humana, y por supuesto al propio proceso de formación como profesional (tanto en las etapas del pre como del postgrado). Para saber si en realidad existe o no este tipo de entrenamiento debemos valorar en cual medida y con cual profundidad cuenta el personal de la salud y cada estudiante de psicología, al igual que el resto de las poblaciones-instituciones y comunidades, con la suficiente / insuficiente *cultura general integral y en desastres*.

La respuesta psicológica y social en emergencia y desastres va a ser muy diversa formalmente estructurada en:

- 1) *Los signos psicofisiológicos*: incluyen fatiga, náuseas, temblores finos, tics, sudoración profusa, escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales.
- 2) *Los signos del comportamiento*: cambios del sueño y del apetito, abuso de sustancias, hipervigilancia, rituales, cambios de la marcha y llanto fácil.
- 3) *Los signos emocionales*: ansiedad, depresión, irritabilidad, pesar.
- 4) *Los signos cognitivos*. Dificultades para la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y el tiempo de atención reducido.

En este sentido el posible impacto de la emergencia y del desastre biopsicosocial va a estar estimulado y muy relacionado con el tipo y duración del fenómeno; las perdidas sufridas; el papel social del damnificado, sus habilidades para la comprensión / resolución de la crisis y el sistema de apoyo con el cual cuenta; y la percepción e interpretación que los sobrevivientes y todos los grupos de damnificados / implicados le dan a lo ocurrido en cada situación de desastre.

Por ello el *Apoyo Social* no solo se experimenta por el carácter situacional en que un sistema social se expresa de forma directa e inmediata con relación al sujeto, sino en la articulación de los diferentes sistemas más inmediatos con las organizaciones no gubernamentales, políticas, de masas, sindicales y sociales en general, en que estas se inscriben. El sistema de Apoyo Social depende mucho de la jerarquía motivacional de la personalidad y la cultura histórica en desastres y emergencias al respecto en su comunidad. Caracterizamos al APOYO SOCIAL como un metaconstructo que incluye: redes de apoyo y los comportamientos de apoyo.

En cuanto a sistemas y programas de ayuda *en desastres la primera ayuda y los primeros auxilios psicológicos* deben ser los principales elementos con los cuales el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, se prepare y capacite con vistas a poder ofrecer lo necesario a todos los damnificados, y por supuesto no abandonar el autocuidado con estos mismos objetivos y herramientas. Teniendo muy claras las pautas de derivación / remisión y la búsqueda de ayuda especializada para cada persona en emergencia y desastres. *La Primera Ayuda Psicológica* y los Primeros Auxilios Psicológicos van a tener cinco componentes básicos: hacer contacto psicológico; examinar las dimensiones del problema en función de las dimensiones (conductual, afectivo, somático e interpersonal) de la personalidad.

Para el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología es importante que las informaciones y todo lo concerniente a la comunicación social en emergencia y desastre sean accesibles y adecuados para todo el público damnificado y su comunidad, igualmente en el caso de las instituciones de la salud:

- identifique las amenazas, vulnerabilidad, riesgos posibles.
- organización de la gestión preventiva y protectora.
- conocimiento de las zonas de mayor seguridad en su comunidad.
- se sienta seguro y disminuir el pánico durante la emergencia y desastre.
- estar preparado a cooperar en las labores de búsqueda y rescate.
- sepa a quién o a dónde acudir para obtener información/ayuda adicional.
- conocer con exactitud qué es lo que se espera de él.

Por razones docentes y de tiempo, solamente sintetizamos a aquellos aspectos de mayor importancia para cuando cada uno de nosotros se encuentren en estas situaciones puedan dar lo mejor de sí, y no menos puntual, ante todo seamos capaces de proteger

adecuadamente a sus pacientes / usuarios, sin dejar nunca de saber cómo y cuándo autoprotegerse a sí mismo.

De lo cual se desprende cuales serían nuestros *deberes humanos y profesionales como integrantes del* personal de la salud, y el propio estudiante de psicología: establecer una estructura dinámica y en permanente desarrollo para la coordinación e intercambio de las informaciones y experiencias entre los profesionales de la salud, Organismos, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), socorristas y muy especialmente con las otras partes interesadas - los damnificados potenciales y/o reales.

El personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, al concluir esta unidad puede *considerarse estar apto o no para:*

- Destacar las nuevas realidades y exigencias de los desastres.
- Comprender a los desastres como procesos psicológicos y su ciclo vital.
- Delimitar las especificidades del comportamiento humano en desastres y la importancia de todo el conocimiento de la ciencia psicológica, y de la propia psicología de la salud, en esta área.
- Establecer los requisitos imprescindibles para todo el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología en desastres en cada institución.
- Favorecer la vías – métodos y formas de preparación / capacitación y supervisión al personal de todo el personal de la salud, y al propio estudiante de psicología en todo el quehacer de la psicología y de los desastres.
- Realizar por parte de todos nosotros diferentes acciones y actividades en cada etapa del ciclo de reducción de los desastres, tanto en lo concerniente al certero diagnóstico de salud general, como el preciso diagnóstico de la salud mental actual en ese momento, hasta ser capaces de pronosticar las complicaciones y cómo favorecer la optimización del ser humano y de todo el personal inmerso en el desastre como tal.

Lo cual significa que las diferentes modalidades de intervención en desastres desde la Psicología de a Salud son una realidad innegable y palpable hoy entre nosotros con experiencias concretas en nuestras instituciones y comunidades. De forma tal, que en cada una de ellas el estudiante deberá ser capaz de identificar sus debilidades y fortalezas tanto con relación a sus conocimientos como a la ausencia / adquisición de las necesarias habilidades prácticas.

Así podrán para cada una de ellas diseñar las estrategias de trabajo conjunto con sus Profesores y Tutores y los propios colegas de sus grupos docentes. Lo cual les permitirá avanzar mucho más allá de los objetivos didácticos de la asignatura.

Desde siempre y en cada momento del complejo proceso de formación de la personalidad y de cada sociedad, únicamente de conjunto “*familia-escuela-comunidad-sociedad*” como UN TODO pueden preparar y en su momento facilitar la adecuación y confiabilidad de cualquiera de las actividades y programas para la *intervención psicológica en desastres*.

¿Cómo accionar todos estos preceptos? La mejor opción desde la Psicología de la Salud ha demostrado al igual que en otras áreas del conocimiento y de su desempeño profesional radica en el verdadero trabajo multi e interdisciplinario; en la incorporación de estos temas a las actividades habituales en cada uno de los programas de salud existentes, en la realización acorde a lo estipulado y necesita en estos casos el Diagnóstico de la Situación de Salud y de la Salud Mental a nivel individual – institucional y especialmente comunitario. Para así finalmente ser capaces todos de establecer las pautas para los sistemas de análisis de tendencias-regularidades-insuficiencias y de las lecciones aprendidas en cuanto al comportamiento humano en desastres desde la Psicología de la Salud y otras áreas y disciplinas más o menos afines a tema.

Sobre la base de estas informaciones, por el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología, pueden ser concebidas variadas actividades docente-educativas de todo tipo en cada una de las instituciones de la salud a través de la realización posteriormente de discusiones grupales de informes / reportes especializados de situaciones de desastres, simulacros, hasta actividades en situaciones reales de desastres en las propias instituciones de la salud y comunidades cercanas con vistas a establecer las pautas de evaluación del desarrollo del proceso de capacitación / preparación en psicología y desastres para el personal de la salud, y el propio estudiante de psicología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Albuquerque, A.: Tratamiento del estrés Post-Traumático en Ex-Combatientes. En, E. Echeburúa (Eds) “Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad”. Madrid. Pirámide. 1992.
- Benyakar M.: *LO DISRUPTIVO. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Editorial Biblos. Bs. As., Argentina. 2003.
- Calderón Ocampo J.H.: Los Desastres: Reacciones psicológicas y Psicosociales. Doc. O.P.S. C.E.I.D. –San José, Costa Rica. 1999.
- Campuzano, M.: Psicología para casos de Desastre. PAX. México. 1997.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión X (CIE-10). Organización Mundial de Salud, Ginebra; 1997.
- Cohen R.: Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores. OPS., Editorial Moderno; México. 1999.
- Cohen R.: Salud Mental para víctimas de desastres. Manual para Trabajadores. OPS., Editorial Moderno; México. 1999.
- Cohen, R.E. y Ahearn, Fr.L.Jr.: Manual de la Atención de Salud Mental para víctimas de desastres. Copyright HARLA S.A. de C.V. Printed in México. 1980.
- Cortés Trujillo, E.G. (2003): La percepción psicológica del riesgo y el desastre. Capítulo I: Presentación. En, http://www.cuadernosdecrisis.com/volum2/v2_003.html
- Cortés Trujillo, E. G. (2003): La percepción psicológica del riesgo y el desastre. Capítulo II: Aspectos neuropsicológicos. En, http://www.cuadernosdecrisis.com/volum2/v2_004.html
- Desastres. Consecuencias psicosociales de los Desastres: la experiencia latinoamericana. Series Monográficas Clínicas No.2, 1989. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental “Simón Bolívar”. Edited por B. Lima y M. Gaviria. Published by the Hispanic American Family Center, Chicago, Illinois, USA.
- Desastres: Una visión periodística. Folleto Editado por la O.P.S. y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela. Caracas. Julio 2000.
- Directiva No. 1 del Primer Vice-Presidente del Consejo de Defensa Nacional para la planificación, organización y preparación del país para las situaciones de desastres. Ciudad de La Habana, 1ro de junio de 2005.
- DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Masson S.A. 1995, España.

El impacto de los Desastres en la salud Pública. Editor Eric K. Noji. OPS. Sept. 2000. USA.

¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño? Edición Especial para La Familia Cubana. Casa Editorial ABRIL, 1999.

Everly, G.S.Jr. y Lating, J.: Psychotraumatology: key papers and are concepts in post-traumatic stress. N.Y.: Plenum, 1995.

Foyo Ceballos, L.; Huergo Silverio, V.; Peraza Fernández, J. Manual del Facilitador. Editado por la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Cubana, La Habana. 2000.

González Menéndez, R. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. Editorial Félix Varela, La Habana, Cuba. 2003.

GERENCIA DE DESASTRES EN CUBA. Una compilación de Artículos contribuidas por el Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED), La Oficina de Asistencia Humanitaria de La Comisión Europea CARDIN y La Biblioteca de la University of The West Indies. Kingston, Jamaica, 2003.

Guevara Valdés, J.J.; Zaldívar Pérez, D.; Roca Perara, M.A. Reflexiones sobre el Estrés. Editorial Rosthill, Artes Gráficas, Ltda. Brasil. 1997

Guía para la elaboración de los planes nacionales de salud mental en situaciones de desastres y emergencias en los países centroamericanos. *Área de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorros en Casos de Desastres Unidad de Salud Mental y Programas Especializados*. Octubre, 2003.

Helou, Z. y Benicio da Costa Neto, S.: Cesio 137. Consecuencias psicossociais do Accidente de Goiania. Editora U.F.G. Goiania, Brasil. 1995.

Incidentes con múltiples víctimas. Recomendaciones y dispositivos de actuación en salud mental a víctimas y familiares. Editado por Osasun Saila, departamento de Sanidad del País Vasco, España. 2006.

JUNTOS A PREPARARNOS. Folleto editado por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres, con el apoyo y participación del Estado Nacional de la Defensa Civil de Cuba, La Secretaría del HERID-ONU, Unidad Regional para América Latina y el Caribe, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Cubana, la Red Caribeña de Información en Desastres, el Departamento de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea y la Oficina Regional de la UNICEF en Cuba. Segunda Edición.
<http://www.clamed.sld.cu>

- Lazarus, R.: “Estrés y Procesos Cognitivos”. Editorial Martínez Roca, Madrid, España, 1986.
- Lima B.; Lozano J.: Atención en Salud mental para víctimas de desastres. Armero. Colombia. Boletín de la O.P.S. 1988.
- Lorenzo Ruiz, A. La Psicología de la Salud y su rol en las situaciones de desastre. Antecedentes, resultados y perspectivas. Tesis para Optar por el Grado de Especialista en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 1997.
- Lorenzo Ruiz, A. *Apoyo psicológico en desastres. En la Monografía: GERENCIA DE DESASTRES EN CUBA*. Una compilación de Artículos contribuidas por el Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres, La Oficina de Asistencia Humanitaria de La Comisión Europea CARDIN y La Biblioteca de la University of The West Indies. Kingston, Jamaica, 2003; pp.10-16.
- Lorenzo Ruiz, A.: Psychological Base International Rehabilitation Programs for People who had suffered after The Biggest Critical Incident. Manuscript. Thesis for a Candidate’s Degree in Psychology. National University of Internal Affairs Ukraine. Kharkov. 2000.
- Lorenzo Ruiz, A. “*Rol de la psicoterapia integrada individual / grupal a un programa de rehabilitación para niños damnificados por desastres*”. En, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 8 No. 3 Diciembre de 2005. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala.
- Lorenzo Ruiz, A. Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Análisis de la experiencia en Cuba. E, *Revista Electrónica CUADERNOS DE CRISIS*; Num 5, Vol 2 del 2006; pp.: 7-37.
- Lorenzo Ruiz, A. La Psicología en el Programa cubano de atención a personas afectadas por el accidente de Chernobil. En, La Monografía “Hacer y Pensar LA PSICOLOGÍA”. Compilación y Prólogo Ana María del Rosario Asebey y Manuel Calviño; pp.: 129-157.
- Mahoney, R.: *Emergency and Disaster Nursing*, New York, MacMillan Inc., 1969.
- Mitchell, J.T. y Everly, G.S.Jr.: *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*. An Operations manual for the Prevention and Traumatic Stress Among Emergency services and Disasters Workers. Second edition Revised by Chevron Publis. Co., Maryland, USA. 1997.

Martínez Gómez, C. (2004). Importancia de los factores protectores para la salud mental infanto juvenil en emergencias y desastres. En, <http://www.wpanet.org/education/docs/factores.doc>

Modelo de Intervención en Crisis para en situación de emergencias y desastres. Programa nacional de Salud Mental. El Salvador, 2005.

Navarro Machado, V.R. (2007). Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres. Ediciones Damují, Rodas, Cienfuegos, Cuba. <http://www.bvs.cfg.sld.cu/DOC/Manual%20DesastComun%20Victor.pdf>

Palacios Banchemo, A.; Condori Inga, L; Ego-Aguirre Madrid, V. Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta. 2007. En, <http://www.monografias.com/trabajos46/trabajo-en-emergencias/trabajo-en-emergencias.shtml>

Pérez Medina, A. El impacto de los desastres naturales, importancia para los médicos y personal de salud 1999. En, www.gwocities.com 11/1/99

Prewitt, J.O. Apoyo Psicosocial en Desastres: Un Modelo para Guatemala. Cruz Roja Guatemalteca. Impreso en Ciudad Guatemala, C.A., por impresos Otto Master. 2002.

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, No. 1. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Agosto, 2002.

Psychological Aspects of Disasters / De. By Gist R. and Lubin B. N.Y. 1989.

Psychosocial consequences of Disasters. Prevention and Management.- Geneva, WHO. 1992.

Psycho-Social help to war victims, refugee women and their families. Editors Libbi Tata Arcel, Vera Folnegovic-Smalc, Dragica Kozaric-Kovavic, Ana Marusic. IRCT. 1995.

Santini, O.A. y López, D.O.: DESASTRES. Impacto Psicosocial. Alción Editora, Córdoba, Argentina. 1997.

Seaman, J.; y Leivesley, Ch.: Epidemiología de los Desastres Naturales. Copyrihtg by Harla, S.A. de C.V. Printed in México. 1989.

Tercer Glosario Cubano de Trastornos Psiquiátricos (GC-3). Colectivo de Autores, Hospital Psiquiátrico de La Habana. Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2001.

Valero Álamo, S.: Psicología en las Emergencias y los Desastres. Editorial San Marcos, Perú. 2002.

Vasileva Anguelova, M. Estudio de la satisfacción con la estancia en Cuba en un grupo

De niños damnificados de Chernobil. Tesis para Optar por el Grado de Especialista en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2004.

Ventura Fernández, R.E. El trastorno de estrés postraumático en el contexto médico militar. Revista Cubana de Medicina Militar 2005; 34(4)

http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34_4_05/mil09405r.htm

Ventura Velázquez, R.E. (2006). Estrés postraumático en miembro de equipo de primera respuesta. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006;5(4)

Ventura Velázquez, R.E. (2005). Intervención terapéutica en pacientes con trastorno agudo por estrés luego de accidente ferroviario Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2005;2(2). <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0205/hph020605.htm>