

Efectos en la Salud Mental asociados a la Avenida Torrencial ocurrida en Mocoa el 31 de marzo de 2017

Gutiérrez Robayo Mireya¹

Ordóñez Robayo Eduardo Vidal²

Páez Ávila Sandra Milena³

Prado de la Guardia, Ronald⁴

1 Psicóloga, Especialista en Salud Ocupacional y Magister en Psicología. Coordinadora de gestión del Conocimiento. 7460909 extensión 300. Correo: gestor.conocimiento@cuzrojabogota.org.co

2 Psicólogo, Magister en Educación, candidato a Doctorado en Educación. Voluntario. Correo: eduardovida@gmail.com

3 Psicóloga, Especialista en Gerencia de Proyectos. Profesional de apoyo. Correo: samypava@gmail.com

4 Médico Psiquiatra Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Director Ejecutivo. 7460909. Correo: dejectutivo@cuzrojabogota.org.co

Resumen

El objetivo del estudio fue valorar el impacto en la salud mental en comunidad y organismos de socorro pos avenida torrencial en Mocoa. Método: Se aplicó enfoque cualitativo, a través de grupos focales. Resultados: se determinaron cinco categorías de análisis: (1) Efectos en la Salud Mental, encontrando al menos una manifestación en la mayoría de las personas, las más frecuentes son recuerdos recurrentes y alteraciones del sueño, (2) Estrategias de afrontamiento, las personas en su mayoría aplican estrategias que les permiten comenzar procesos de superación; (3) Dinámicas familiares en la emergencia, afectadas negativamente por la magnitud de los cambios sufridos, sin embargo la relación familiar también es factor protector de la salud mental en estos eventos; (4) Autocuidado, se evidencian acciones en la comunidad, en integrantes de organismos de socorro, y entidades con sus colaboradores, sin embargo, es necesario fortalecer este aspecto en situaciones de emergencia, y (5) Gestión del Riesgo, identificando debilidad en la gestión de sus tres subprocesos de acuerdo a la ley 1523 de 2012. Conclusiones: este tipo de eventos genera un impacto psicológico que es necesario atender en el corto, mediano y largo plazo, en la comunidad afectada como en organismos de respuesta a emergencias.

Palabras clave: efectos, salud mental, desastres.

Abstract

The objective to assess the impact on mental health of community and relief agencies by the situation generated by the torrential avenue in Mocoa Method: A qualitative approach was used, using the technique of focal groups. Results: five categories of analysis were determined: (1) Effects on Mental Health, finding at least one manifestation in most people, for example recurring memories and sleep disturbances, (2) Coping strategies, the people Most of them apply strategies that allow them to begin processes of improvement; (3) Family dynamics in the emergency, which are negatively affected by the magnitude of the changes suffered, however the family relationship is also a protective factor of mental health in this type of events; (4) in self-care, actions of the community, members of relief agencies, and entities with their collaborators are evident, however, it is necessary to further strengthen this aspect in emergency situations; and (5) Risk Management, identifying weakness in the risk management processes in its three sub-processes according to law 1523 of 2012. Conclusions: this type of events generates a psychological impact that it is necessary to address in the short, medium and long term in the affected community as in the response agencies to emergencies.

Key words: Effects, mental health, natural disaster.

La gestión de desastres y emergencias constituye uno de los campos de investigación más relevantes en estos momentos debido a que la magnitud de estos eventos tiene considerables afectaciones personales, sociales y políticas que van más allá de un cálculo estadístico de damnificados. Estas consecuencias tienden a desbordar los recursos económicos, materiales y emocionales de la población afectada, dejando casi siempre secuelas que dificultan el desarrollo individual y comunitario de sus integrantes. Por tanto, ante la magnitud de los desastres, la sociedad debe trabajar en restaurar lo destruido, pero no sólo la infraestructura del lugar, sino apuntar también a la recuperación del tejido social desde lo individual, familiar y comunitario.

La ONU establece que las acciones para la reducción de los desastres, tienen el objetivo de "promover un desarrollo tecnológico adecuado y suficiente para poder prevenir las consecuencias indeseables que, con frecuencia, los desastres naturales tienen sobre las poblaciones afectadas (San Juan, 2001, p. 7)" (Osorio y Díaz, 2012, p. 2)", frente a esto las naciones han desarrollado normativas y han asignado recursos económicos, humanos, técnicos y operativos para la gestión de desastres. Sin embargo, estas acciones se han centrado más en la respuesta de rescate, estabilización de infraestructura y cobertura de necesidades básicas, que en la atención psicosocial.

La gestión de desastres debe incorporar el enfoque y la atención psicosocial, en todos los subprocesos de la gestión del riesgo, conocimiento, reducción y manejo, como un conjunto de prácticas que se desarrollan por profesionales preparados en salud mental desde la perspectiva individual y comunitaria, en la que se busca fortalecer procesos resilientes individuales y colectivos de la población afectada por desastres, pretendiendo mejorar

prácticas de prevención y gestión del riesgo, una respuesta efectiva ante las amenazas y una recuperación menos traumática que se sostenga por un tiempo en las comunidades afectadas.

Todo lo anterior direccionado a la protección de la salud mental, es decir de ese "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2013).

Las personas afectadas por una emergencia o desastre de mediana o gran magnitud generalmente resultan afectadas en algún grado en su salud mental, las reacciones emocionales durante y posteriores de manera cercana al evento generalmente no se asocian a un estado de bienestar pero son normales, sin embargo, otras manifestaciones pueden ser barreras que no aportan al afrontamiento individual y colectivo de la situación.

Algunos estudios referencian la importancia de la atención psicológica también en integrantes de cuerpos de respuesta y de salud quienes están expuestos a sufrir síntomas de afectación emocional producto de la magnitud del evento y/o experiencias vividas en la atención de las mismas. Valero (2006) citado por OPS (2006) refiere que "no existe ningún tipo de entrenamiento que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas y cantidades importantes de lesionados y cadáveres en el marco de una situación de desastre, sea afectada en el orden psíquico. Los trabajadores de emergencias enfrentan situaciones específicas, como pueden ser la falla en la misión, la vivencia de excesivo sufrimiento humano, las muertes traumáticas, los cuerpos mutilados

o quemados, las situaciones amenazantes para su propia integridad física, la pérdida de compañeros de equipo o presenciar accidentes masivos” (p. 137).

Con base en lo anterior y en la búsqueda de referentes teóricos en el contexto nacional, el enfoque psicosocial y de salud mental requiere de mayor fortalecimiento dentro de la labor de los organismos e instituciones encargadas de la prevención y atención de emergencias y desastres dirigida a personas de la comunidad afectadas por algún evento de estos, así como para el personal que forma parte de los equipos de respuesta, quienes se exponen constantemente a eventos que pueden causar daño físico y/o emocional.

De esta manera, y en acuerdo con Montes (2016) se identifica que no se encuentra una propuesta que dé cuenta de una atención integral y a largo plazo desde el enfoque psicosocial a las personas afectadas por desastres en Colombia, este trabajo psicosocial se ve limitado a labores inmediatas de respuesta generalmente desarrolladas por parte de un voluntariado.

De esta manera, el objetivo de la presente investigación es valorar el impacto generado sobre la salud mental de comunidad e intervinientes que experimentaron de manera directa la avenida torrencial en Mocoa, el 31 de marzo de 2017. Para esto, se estudian 5 dimensiones relacionadas con la salud mental de personas y comunidades, consideradas de interés dentro de la respuesta a emergencias y desastres por el grupo de expertos: (1) efectos en la salud mental, (2) estrategias de afrontamiento, (3) dinámicas familiares, (4) autocuidado, y (5) gestión del riesgo relacionado con la situación de desastre.

Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio se desarrolla desde un enfoque cualitativo de la investigación, el cual “busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva” (Martínez, 2011, p. 12).

Técnicas metodológicas

La técnica de recolección de información principal fue grupos focales, según Pope (2009), citado por Saldanha, Colomé, Heck, Nunes, Viero (2015), “un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los participantes” (p. 2).

Participantes

En total participaron 30 personas que vivieron la avenida torrencial en Mocoa, 14 hombres y 16 mujeres, con una edad promedio de 30 años. Cada uno de ellos aceptó participar en el proceso de investigación de manera voluntaria después de haber sido informado sobre el estudio.

En total se desarrollaron cinco grupos focales, dos de estos se realizaron con comunidad directamente afectada, dos con integrantes de organismos de socorro que atendieron la situación, y uno con una fundación que prestó apoyo psicosocial a comunidad.

Categorías y técnica de análisis de información

Se aplicó análisis del discurso a los contenidos de los grupos focales por parte de expertos en salud mental en emergencias y desastres. Las categorías de análisis fueron definidas previamente por los mismos profesionales, quienes con base en su experiencia en emergencias y desastres las establecieron por brindar información importante sobre la salud mental de las personas en este tipo de situaciones: (1) *efectos en la salud mental* (víctimas directas e intervinientes), esta categoría hace referencia a las manifestaciones psicológicas presentadas en la población que padeció la avenida torrencial que generó la destrucción de una gran parte de la ciudad de Mocoa, la muerte de más de 300 personas, y una gran cantidad de desaparecidos; (2) *estrategias de afrontamiento*, para referenciar los recursos personales aplicados por las personas de la comunidad e intervinientes en momentos posteriores al desastre; (3) *dinámicas familiares*, las cuales normalmente se modifican debido al cambio brusco de las condiciones y las dinámicas cotidianas, la familia puede ser un factor protector para la recuperación posdesastre o pueden ser un motivo de preocupación; (4) *autocuidado*, este se refiere al conjunto de acciones que las personas implementen con el fin de cuidar de sí mismo, especialmente en intervinientes, en quienes normalmente se presenta una activación psicológica prolongada para trabajar en la atención del evento, incluso asumiendo riesgos adicionales en sus labores; y (5) *gestión del riesgo*, con el fin de identificar si hubo algún tipo de preparación para el evento por parte de la comunidad afectada, generalmente cuando una comunidad se prepara los efectos pueden ser menos intensos. Las categorías 1 y 2 ayudan a comprender la respuesta

individual de las personas frente a emergencias y desastres, la número 3 refleja la incidencia de la familia como factor de protección o de riesgo para la recuperación posdesastre, la categoría 4 refleja que en momentos de alta activación el autocuidado puede alterarse, y la categoría 5 destaca el cómo las personas conocen y han asumido el riesgo en sus territorios.

Resultados

En la categoría **efectos en la salud mental** se encontró que tanto la comunidad como el personal de los organismos de respuesta manifestaban algún síntoma relacionado con el evento traumático, los más frecuentes fueron:

Problemas para conciliar el sueño, o para mantenerlo:

"no puedo dormir si está lloviendo, siento miedo, como si fuera a pasar lo mismo" (Grupo focal comunidad).

"yo me despierto cuando duermo, escucho zinc y pierdas por ahí y no puedo dormir" (Grupo focal comunidad).

Recuerdos recurrentes:

"...los pensamientos vuelven una y otra vez...si me entiende...y vuelve otra vez, llega la gente otra vez a recordar lo mismo que ha pasado!" (Grupo focal comunidad).

Episodios de llanto:

"¡por eso yo no hablo porque me pongo a llorar!" (Grupo focal comunidad).

Otras manifestaciones menos frecuentes fueron alteraciones en el comportamiento, como ser agresivo; desorganización personal, al no saber qué hacer; ideas difusas y emociones intensas y cambiantes. Estos hallazgos fueron coherentes

con lo que se encuentra en la literatura con relación a las reacciones emocionales que se experimentan después de vivir una experiencia traumática como un desastre natural. (Slaikueu, 1996).

Asociado a estas reacciones emocionales y fisiológicas se encuentra que la comunidad vive una fuerte carga de estrés como producto de su nueva condición de vida, ellos desde la ocurrencia del desastre y meses después aun vivían en un albergue temporal, donde comparten espacios con otras personas, y se hace necesario adherirse a la normatividad y la dinámica del albergue, lo cual generó un alto nivel de estrés en la comunidad.

Finalmente, se encuentra que en gran parte de la comunidad afectada las afectaciones emocionales decrecen respecto a intensidad y la recurrencia, así como también se indica en el referente teórico, por ejemplo, la OPS (2009) cita que a partir de los tres meses, en condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones psicológicas.

En general los participantes de los grupos focales expresaron que solicitar y contar con apoyo psicológico fue una acción importante del estado, que ayudó a sentirse mejor y a ver las cosas de manera diferente.

En cuanto a los miembros de los cuerpos de socorro se encontró que ellos manifestaron agotamiento asociado a los periodos operacionales, tristeza por el impacto de la situación, y reconocieron la importancia de contar con atención psicológica durante y después de las operaciones de rescate.

"yo empecé a hablar pero yo sabía que yo no podía hacer nada por ella y yo dije no yo busco ayuda de un psicólogo o de segundas personas o yo me acordé que nosotros teníamos el apoyo

de la gente de apoyo psicosocial que nos han servido en mucho en todas las actividades de emergencia" (Grupo focal socorro).

"agradecerle a Cruz Roja, porque me parece que al segundo, tercer día, recibimos un apoyo psicológico, eso fue de gran ayuda créame" (Grupo focal socorro).

"yo estaba, estaba en una situación viniendo en esos días de decaimiento así con la situación de tristeza entonces esos días estaba como decaidito" (Grupo focal socorro).

"haber, a parte del hecho de tener un contacto con un profesional con la cuestión de psicología, ya es una eficiencia para nosotros, sino que sería como llamar...como, como invitar al personal a recibir esas charlas, aquí en la cruz roja hace mucho tiempo, no?, ya bastante tiempo fue alguien de la cruz roja a darnos una pequeña charla ahí al cuartel, y eso es bueno, muy importante porque no... ehh, sintiéndose así como una persona con un profesional es como que tiene esa confianza de soltarle lo que tiene adentro y se desahoga, eso es, eso es importantísimo" (Grupo focal socorro).

Sin embargo, de los reportes dados por los participantes de los cuerpos de socorro se puede decir que la salud mental aun no es un tema que ellos consideren como algo fundamental en el desarrollo de sus actividades, sino más bien algo secundario o que puede esperar para después del evento. Del mismo modo, se evidencia algo de resistencia para solicitar o acceder a esta atención durante los periodos operacionales.

De esta manera, los efectos en la salud mental fueron evidentes en la comunidad y en el personal de socorro que experimentó pérdidas humanas y materiales de manera directa, o en personas que fueron testigo cercano de la situación que pudo también generarles mayor

afectación. Las manifestaciones fueron muy variadas en los planos cognitivo, afectivo, físico y conductual, y tendían a cambiar con el transcurso del tiempo posterior el evento, inicialmente se evidenciaron altos niveles de ansiedad, dificultad para comprender la realidad y desorientación; luego tristeza, llanto y otras manifestaciones de duelo, dificultades de adaptación, estados de hiperalerta con estímulos asociados al tipo de desastre (por ej. truenos), y dificultades para descansar; después de tres meses en algunos casos se identificó persistencia, intensificación de síntomas, y aparición de otros, encuadrando algunas de estas experiencias individuales en casos de estrés postraumático, especialmente por la presencia de recuerdos intrusivos angustiosos, malestar psicológico por estímulos asociados al desastre con reacciones fisiológicas intensas, dificultad para desarrollar algunas actividades normales por miedo a que pase algo, como salir de casa o dejar los hijos en el colegio, también se reportó por algunas personas tener un estado de ánimo variable con dificultad para sentir emociones positivas. Es importante destacar que no todas las personas llegan a desarrollar trastornos clínicos en su salud mental, existen casos en que las personas gestionan sus emociones favorablemente y fortalecen su capacidad de afrontamiento a situaciones tan adversas como los desastres, gracias a sus propios recursos personales, y/o la influencia de su red de apoyo informal y/o formal, incluyendo la atención psicosocial.

En la categoría **estrategias de afrontamiento** se encuentra que algunas personas de la comunidad han desarrollado capacidad de resiliencia, manifestado en la contemplación de cambios en el proyecto de vida y una actitud positiva de superación.

Una posible explicación de esta capacidad resiliente puede deberse a que los participantes

han vivido otras experiencias traumáticas asociadas a inundaciones u otros desastres naturales similares, y/o han sido víctimas del conflicto armado.

"ahora echar pa´ delante, ya lo hemos hecho antes cuando nos tocó salir de la tierrita" (Grupo focal comunidad).

"No queda otra salida que ser fuerte y volver a empezar" (Grupo focal comunidad).

"...Toca no achantarse, todos estamos igual, más bien apoyarnos para afrontar la vaina" (Grupo focal comunidad).

"Con mucho dolor, pero la vida sigue, no era lo que esperábamos, y es injusto, pero vamos..." (Grupo focal comunidad).

En los grupos de socorro se manifestaron estrategias de afrontamiento relacionadas con conductas y actividades que permitían desconectarse parcialmente de las acciones o espacios donde desarrollaban su labor humanitaria.

"...la recreación y la integración del personal, juegan un papel muy importante en el tema de estabilización emocional; el hecho de yo integrarme con más personas, hace que yo me desconecte un poco de la emergencia" (Grupo focal socorro).

"de todas formas uno se toca de las experiencias de la gente, y uno pide que eso no le pase a uno, da tristeza el dolor de la gente, da hasta rabia con la vida, uno no entiende porque pasa lo que pasa..." (Grupo focal socorro).

También se destaca la activación de los intervinientes para brindar la atención a las personas víctimas, trabajar largas horas es la tendencia del comportamiento de los intervinientes intentando ayudar a las personas.

"nosotros estamos acá para ayudar, a eso vinimos, a salvar vidas" (grupo focal socorro)

"sí, a veces ni nos da hambre, y el cansancio lo sentimos después" (Grupo focal socorro).

"...cuando uno vuelve a la casa, uno solo quiere dormir" (Grupo focal socorro).

Un aspecto importante en esta dimensión es estimular adecuadas estrategias de afrontamiento tanto en intervinientes como en comunidad con el fin de disminuir el impacto negativo en la salud mental y física de las personas. Lazarus y Folkman (1985), citados por Gonzalez y cols. (2002), exponen dos estrategias de afrontamiento que normalmente ponen en práctica las personas, "el focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional)" (p.1), las cuales ayudan a superar las situaciones difíciles de forma adecuada, generando consecuencias positivas para el individuo y su entorno.

Otra categoría, que fue de interés valorar es la **dinámica familiar en emergencias**, la familia es un espacio social esencial para el desarrollo del ser humano en el cual se establecen unas formas de relacionamiento particulares en diferentes situaciones que afrontan las personas. En esta dimensión se evidenció un alto impacto emocional generado por las circunstancias post-emergencia, se encontró afectación emocional por la separación geográfica de núcleos familiares consecuencia de las dificultades económicas y de vivienda que se dieron a raíz de la avenida torrencial, así como lo relacionado con las pérdidas humanas.

"me tocó quedarme sola, mi papi antes vivía al lado, ahora ya no, porque vive en otro municipio" (Grupo focal comunidad).

"todo el mundo se separó, todo el mundo" (Grupo focal comunidad).

"es muy duro porque ya no es lo mismo, teníamos casa propia, ahora no tener nada, y es duro porque me tocó separarme de mi hijo, me tocó mandarlo para donde la familia (Grupo focal comunidad).

"que puedo decir yo, mi familia esta desintegrada, dos personas desaparecidas, otros en diferentes albergues y yo en el del colegio solo con mi hijo (Grupo focal comunidad).

También se reflejó que la familia y la comunidad se convirtieron en factores protectores en casos en los que estaban juntos, por lo general las personas referenciaron a sus familias como su principal red de apoyo para volver a empezar y recuperarse después del evento.

"gracias a Dios hemos salido adelante, y la familia de mi esposo también, nos han ayudado" (Grupo focal comunidad).

"lo más importante es que estamos juntos y vivos, mi familia y yo" (Grupo focal comunidad).

"esto es una prueba grande, hay que estar juntos, pa' ayudarnos, pa' darnos moral" (Grupo focal comunidad).

También se evidenció que en personas que no contaban con familia, y que tenían alguna discapacidad como el siguiente caso, se presentó apoyo de otras personas:

"hay mucha gente buena que colabora también, ahí donde vivo yo... ahí en el San miguel, llegué yo ciego, y la gente... la gente me colaboró hartito" (Grupo focal comunidad).

En cuarto lugar, fue de interés reconocer también las acciones de **autocuidado**, especialmente en intervinientes, pues las condiciones en un desastre natural como el ocurrido en Mocoa

se caracterizan por no contar con espacios adecuados para el descanso, encontrar dificultades con los servicios de luz, agua, comunicación y hospedaje, trabajar jornadas extensas y tener demandas emocionales altas debido a las consecuencias negativas de la situación, estos y otros factores hacen que exista una considerable exposición a factores de riesgo en la labor.

"se trabajan doce horas en el día, lo cual tampoco quiere decir que en las doce horas que usted va para la casa, usted va a tener, o se va a desconectar totalmente... entonces son veinticuatro horas que usted debe tener disponibilidad... nosotros no contamos con una planta de personal bastante amplia; por eso no se ha podido relevar al personal, darle un descanso...hay compañeros que necesitan acompañamiento, que necesitan tal vez un descanso, desconectarse un poco" (Grupo focal socorro).

"hay una cosa que, que nos pasa casi a todos, cuando iniciamos en los grupos de socorro y tenemos mediano conocimiento, nos sentimos como héroes, somos los que nos subimos al tejados, somos los que nos tiramos al río, sin medir las consecuencias de nada, o sea de verdad que no sé si es por chicanear, o por aparentar, y somos irresponsables demasiado irresponsables con la vida de nosotros, es necesario tomar un segundo para analizar todos los riesgos, todas las posibilidades de acceso, las dificultades, todo" (Grupo focal entidades).

Dentro de las estrategias de manejo emocional y autocuidado identificadas en los equipos se encontraron: participación en intervenciones desarrolladas por psicólogos, conversación con los Jesuitas (grupo religioso), desarrollo de juegos, establecer buen trato y apoyo entre los compañeros de trabajo, y en otro caso tomar un día de descanso y salir de la zona.

"brindar un espacio, una hora, donde exista toda esta socialización...las personas tienen muchas cosas por decir, desahogarse... sirve de mucho soltar lo que uno tiene ahí adentro amarrado, desahogarse con otra persona que lo escuche... créanme que emocionalmente uno siente ese respaldo y siente que alguien lo escuchó y vuelve a seguir adelante con más fuerza... a nosotros nos dieron un respaldo muy grande los psicólogos de CR, pero todavía necesitamos y requerimos más apoyo, en cuanto a recuperación mental y emocional" (Grupo focal socorro).

"en la charla de los psicólogos se hicieron actividades como dinámicas que ayudaron mucho, la recocha me ayuda mucho" (Grupo focal socorro).

"los juegos nos ayudaron mucho, nos distraían cuando íbamos a descansar", "traíamos de Bogotá cartas, juegos de mesa" (Grupo focal fundación).

"tuvimos la oportunidad de comunicarnos con el servicio Jesuita...nos dieron una serie de juegos de cuidar al cuidador... había una lista del estado emocional de cada quien, para saber cómo nos encontramos nosotros, primero con nosotros mismos y segundo que el equipo...así se busca otro tipo de comunicación y otro tipo de acción con las personas del equipo" (Grupo focal fundación).

"en el caso mío me sentí muy apoyado por la institución, nosotros nos manejamos como una familia; muchas veces llegamos y nos abrazamos unos con otros porque nos conocíamos, entonces nos sentíamos como hermanos...uno siente ese respaldo, por ejemplo salíamos a emergencia y teníamos el respaldo de vehículos, teníamos la logística, teníamos una cosa muy importante, nos preguntábamos cómo van?, cómo están?... nos daban moral y eso es muy importante,

porque lo hacen a uno sentir grande y se siente uno respaldado” (Grupo focal socorro).

“... desde mi punto de vista considero que la parte recreativa hace parte de la recuperación mental del personal... se necesita mucho (Grupo focal socorro).

Por otra parte, el autocuidado también involucra acciones de bienestar:

“Hubo cosas que...nos ayudaron un montón, como una buena comida, una buena cama y agua” (Grupo focal fundación).

“pude identificar que varios de los compañeros que participaron en la parte operativa necesitan tanto acompañamiento y descanso” (Grupo focal socorro).

“me decían que el personal no debe estar jugando... porque estamos en emergencia y habían suspendido la chancha...hablé con xxxx y xxxx y les dije que la parte de recreación y de integración del personal, juega un papel muy importante en el tema de estabilización emocional; el hecho de integrarse con más personas, hace que yo me desconecte un poco de la emergencia” (Grupo focal socorro).

Finalmente, en la categoría **gestión del riesgo**, se contempla si las personas han desarrollado algún tipo de formación y preparación frente a las amenazas de la zona. La gestión del riesgo es el “proceso social orientado a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres”. Este se desarrolla a través de tres sub-procesos: conocimiento, reducción y manejo (Congreso de Colombia, 2012).

En conocimiento, de acuerdo con la Ley 1523

de 2012, se realiza identificación de escenarios de riesgo, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento del mismo, se definen acciones de comunicación para promover conciencia del riesgo para la reducción y manejo del desastre. En Mocoa se identificó que la población conocía las amenazas de inundación y avalancha relacionadas con la hidrogeografía de la zona, pero más por la vivencia de emergencias naturales anteriores que por procesos formales de gestión del riesgo. En general la comunidad tenía poco conocimiento acerca de sus vulnerabilidades, el riesgo asociado, y acciones indicadas para eliminar, mitigar o reducir los riesgos.

“dicen que estamos en zona de riesgo, que seguimos en zona de riesgo” (Grupo focal comunidad).

“la gente sabía que en cualquier momento pasaba lo que iba a pasar, ya les habían dicho” (Grupo focal comunidad).

“cuando pasó el accidente comenzaron a decir que el alcalde, que la cruz roja, los bomberos, tenían la culpa porque no nos habían dicho...” (Grupo focal comunidad).

“nos hubieran dicho que eso estaba represado pa´ evacuar, si se perdían cosas pues se perdían, pero no las vidas” (Grupo focal comunidad).

“es muy importante estar pendiente del peligro por más pequeño que sea, nunca hay que subestimar, una quebrada puede dar gran magnitud del evento” (Grupo focal comunidad).

En reducción del riesgo de acuerdo a la ley 1523 de 2012, se busca la modificación o disminución de las condiciones de riesgo existentes, a través de acciones de mitigación y evitación de un nuevo riesgo. En los grupos focales se manifestaron pocas opiniones con relación a este proceso, posiblemente por el

desconocimiento de un plan de acción para reducir el riesgo frente a las amenazas locales. Sin embargo, algunos participantes formularon propuestas y alternativas de reducción del riesgo y del impacto para la comunidad:

"el campesino puede alertar mucho en el momento de que el río se baja o sube...entonces avisa...si la gente hubiera avisado...eso no se represa en un día, hubo varios días para formarse porque el material que se encuentra en la avalancha es viejo... Se puede ayudar monitoreando las cuencas de las quebradas y los ríos; y ojalá la gente tuviera conciencia y no construyera casas tan cerquita a los ríos, porque los ríos vuelven y buscan su cauce... pasó hace sesenta años y generalmente las tragedias de los ríos vuelven en unos periodos largos pero vuelven y pasan, dentro de tres, cuatro años van a ver casas otra vez en ese sector y la autoridad no controla eso" (Grupo focal socorro).

"es mejor la prevención que lamentar después... trabajamos por prevenir el riesgo más mínimo que sea, es muy importante a esperar que ocurra un evento de gran magnitud... cuando ocurren los incendios en las casas, ocurren cuando están fritando, cae la carne con agua, reacciona el aceite, y se desconoce cómo apagar, el desconocimiento nos lleva a tener grandes consecuencias, por ello fomentar más el conocimiento... podemos salvar muchas vidas y prevenir, evitar que el riesgo sea mucho o las consecuencias sean mayores" (Grupo focal socorro).

"esa catástrofe estaba anunciada, en algunas reuniones se hablaba, en una de ellas se dijo que sería importante concientizar a los barrios que supuestamente iban a ser afectados... colocar parlantes, sirenas, rutas de escape, rutas de evacuación... los grupos de socorro nos iban a apoyar para ir hacer esas charlas a los

barrios" (Grupo focal socorro).

Con relación a manejo, el último sub-proceso para la preparación de la respuesta a emergencias y la recuperación pos desastre, rehabilitación y recuperación, se evidenció que la mayoría de integrantes de organismos de socorro locales manifestaron contar con equipos, herramientas y recurso humano insuficientes para atender una emergencia de gran magnitud, de igual manera se destacó la necesidad de establecer alertas y mejorar la comunicación a nivel interno en cada entidad de respuesta, entre entidades locales y con entidades externas para apoyar la atención y la recuperación, además de establecer canales de comunicación con la comunidad que permitan reducir las especulaciones y prevenir mayor afectación emocional en las personas. Por último, se expresó la necesidad de contar con planes de intervención posteriores a la emergencia para las personas damnificadas y velar por el ordenamiento del territorio.

"se evidenció falta de personal, no tenemos una red de comunicación persona a persona... las comunicaciones se cortaron en el momento, lo único que teníamos era "WhatsApp", y no llegaban los mensajes... Cada vez que en Mocoa llueve, nos pasa como el pastorcito mentiroso... que está lloviendo... que tal barrio se inundó, entonces era lo de siempre, pero cuando un compañero empezó a mandar videos del río que estaba sacando carros del parqueadero... y había tumbado una casa grande, entonces nos comunicamos con la central y nadie respondía... mis compañeros asustados, preocupados, pilas que es grande y pues esos fueron los retos que empezamos a ver, el personal empezó a llegar... Y así como me ven aquí fui a atender la emergencia, sin botas y sin ningún equipo, nos falta equipo y pues esos fueron los primeros retos que uno sabe que son difíciles para atender una emergencia" (Grupo focal socorro).

"Es muy importante el manejo de la comunicación, hay rumores en la calle que están volviendo loca la gente... están diciendo que se llevan los niños para un lado y que los tiene Bienestar, y que viene otra avalancha... y altera a todo el mundo" (Grupo focal fundación).

"muchas gente se está desplazando, entre Mocoa y Villa Garzón, mucha gente viene desplazada y damnificados, se está armando algo que si no le ponen atención y no hace un ordenamiento del territorio y estudios respectivos, eso después va a ser..." (Grupo focal comunidad).

También, se destaca en esta dimensión de gestión del riesgo que es necesario involucrar a las personas para responder de manera adecuada a las alertas.

"la gente por donde yo vivo, cuando nosotros dijimos 'se salió el río' ellos decía ¡mentira! y se quedaron ahí" (Grupo focal comunidad).

Discusión

La presente experiencia investigativa y la teoría consultada nos indican que la comunidad y los miembros de organismos de socorro generalmente presentan alguna afectación emocional y psicológica a causa de las situaciones de emergencias y desastres que experimentan. Esta afectación es más reconocida por las personas de la comunidad que en intervenciones, la comunidad en su discurso expresa que han sentido cambios en sus emociones, comportamientos o experimentan síntomas orgánicos como producto de lo vivido con el desastre. Del mismo modo, las personas son capaces de reconocer si estas manifestaciones van en disminución o intensificación respecto a la intensidad y/o la recurrencia, la disminución representaría un buen pronóstico, ya que ello supone una probabilidad baja de aparición de

trastornos mentales o patologías asociadas a la vivencia del desastre; o por el contrario la intensificación de estas manifestaciones podría configurarse en un trastorno de la salud mental.

Frente a los resultados se reconoce favorablemente que la población afectada ha hecho frente a la situación a partir de sus estrategias de afrontamiento, encontrando no solamente experiencias previas que facilitaron reacciones en pro de la movilización y autogestión sino la influencia de redes de apoyo familiares y comunitarias que llevaron a espacios de encuentro que han permitido la construcción conjunta y el fortalecimiento del tejido social.

Lo anterior se relaciona de manera directa con lo mencionado por Gonzalez, Montoya, Casullo, & Bernabéu (2002), quienes mencionan que para hacer frente a situaciones difíciles y emocionalmente demandantes es ideal hacer buen uso de las estrategias de afrontamiento especialmente en las orientadas al cambio y en menor medida a las de evasión. El uso de estrategias de afrontamiento positivas aporta a que la persona que se desenvuelva adecuadamente y origine consecuencias positivas para su contexto y para sí mismo.

Por otro lado, las personas de la comunidad y de organismos de respuesta que tuvieron acceso a la atención en salud mental desde que sucedió la tragedia destacaron la importancia de esta en el proceso de recuperación y reconstrucción de su proyecto de vida, sin embargo se establecieron algunas observaciones en la atención desplegada, especialmente en el segundo grupo focal, donde se indica una marcada necesidad de generar estrategias de acompañamiento psicosocial a largo plazo, posterior a la emergencia, pues algunos participantes manifestaron no haber presentado disminución de síntomas o sentir una disminución sutil de

estos, ellos fueron personas que generalmente no recibieron apoyo psicológico o sólo fueron a una sesión, por tanto, se resalta la necesidad de desarrollar un proceso de apoyo psicosocial más prolongado y con mayor cobertura, que vaya más allá de la atención inicial. De esta manera, se cumple lo que indica OPS (2009) sobre el efecto de los desastres, indicando que estos tienen secuelas a corto, mediano y largo plazo, y que estos pueden verse fortalecidos por morbilidad psiquiátrica y por problemas sociales ya establecidos, de la misma manera “también, se ha demostrado que, después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas” (p. 7).

Por otra parte, en los cuerpos de respuesta se encontró que el tema de salud mental tampoco es suficiente, si bien los intervinientes han recibido atención psicológica, esta se ha realizado en forma grupal y esporádica. Sin embargo, si se tiene en cuenta que el estudio de Montesinos, Martínez y Fernández (2008) encontró que las personas al servicio humanitario a pesar de la satisfacción que sienten al realizar las actividades para el beneficio de la población, también tienen la necesidad de una formación apropiada, se da cuenta que en nuestro contexto de país el ejercicio de formación para organismos de respuesta en herramientas de tipo psicosocial es débil y no facilita la incorporación de mecanismos de autocuidado y afrontamiento, aunque es importante anotar que sí se han venido adelantando esfuerzos en pro de ampliar el espectro a la atención psicológica no sólo de los afectados directos de la emergencia sino para aquellos responsables de la respuesta a la misma, sin embargo es un camino que está construyendo.

Si bien los miembros de los cuerpos de respuesta

manifiestan la importancia que tiene para ellos recibir atención psicológica, en su discurso es latente la idea que *“esta atención es para las personas de la comunidad afectada y no para ellos, ya que ellos se ven menos afectados psicológicamente y que lo pueden manejar mejor”* (Grupo focal socorro). Sin embargo, como la OPS (2009) destaca, la situación de emergencia o desastres

“puede producir una serie de reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas, y tiene el potencial de interferir en las habilidades para actuar en el lugar de las operaciones en forma inmediata o, posteriormente, en el retorno a la rutina laboral y familiar” (p. 138).

Además, se comparte el principio que proteger la salud mental de los intervinientes permite cumplir exitosamente las tareas y prevenir los efectos destructivos del estrés. Así que es positivo que los organismos de socorro ya cuenten con programas de apoyo psicosocial y salud mental, pero estos deben fortalecerse en la atención de emergencias desde niveles altos de la administración de emergencias y en coordinación con las entidades de salud del país.

El afrontamiento de este tipo de situaciones a nivel individual y comunitario se relaciona con la resiliencia de las comunidades, definida como el proceso donde las personas o comunidades son “capaces de desarrollarse psicológicamente sanos a pesar de vivir en contextos de alto riesgo, como entornos de pobreza y familias multiproblemáticas, situaciones de estrés prolongado, centros de internamiento, etc. Se refiere tanto a individuos en particular como a grupos familiares o colectivos que son capaces de minimizar y sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades y los contextos desfavorecidos y deprivados socioculturalmente, de recuperarse tras haber

sufrido experiencias notablemente traumáticas, en especial catástrofes naturales, epidemias, guerras civiles, deportaciones, y estar en campos de concentración, como lo relacionan Rutter (1993) y Werner (2003), citados por Uriarte (2010). Con relación a lo anterior se nota que gran parte de la comunidad afectada por la avenida torrencial aplica estrategias de afrontamiento favorables para su recuperación, donde también se evidencia el apoyo social como mecanismo de facilitador para el afrontamiento y la protección de la salud mental; sin embargo esto no pasa en el 100% de los casos, y quienes llegan a este estado requieren de un gran esfuerzo emocional para lograrlo, dejando también un desgaste físico y emocional asociado. Además gran parte de la población requiere apoyo emocional por la separación familiar y la pérdida de propiedades, personas, animales, entorno y dinámicas cotidianas.

La respuesta de las personas en emergencias también contempla las acciones de autocuidado, que generalmente se ven influidas por un estado emocional alterado pero normal ante estas situaciones, y por esa necesidad de ayudar a los demás, que lleva a esforzarse y exponerse más ante los riesgos, lo cual plantea la necesidad de establecer procesos de preparación para intervinientes que contemplen estos factores.

Lo anterior hace parte del factor humano que debe ser contemplado dentro de la gestión del riesgo, los procesos psicológicos de las personas y comunidades inciden en la respuesta ante emergencias, por tanto conocer y prepararse para gestionar las amenazas aporta a la prevención, la mitigación y a un mejor manejo individual y comunitario de las posibles emergencias.

A manera de conclusiones y recomendaciones se plantea:

Se evidenció la presencia de manifestaciones negativas sobre la salud mental de las personas relacionadas con la vivencia directa o cercana de pérdidas humanas, animales, materiales, y que tuvieron el riesgo de morir, o de verse afectado de alguna manera por el evento, las expresiones más comunes fueron miedos, alteraciones del sueño y apetito, inseguridad, tristeza, desesperanza; sin embargo, en un buen número de casos estos síntomas disminuyeron, pero en otros se indica un posible desarrollo de trastornos de estrés, ansiedad u otras patologías.

Se identifica que la respuesta del sistema de salud, los organismos de socorro y otras entidades a nivel de salud mental en las emergencias no es suficiente para cubrir las necesidades de la comunidad e intervinientes en este campo, es por ello que se tiene la oportunidad de establecer un programa articulado de salud mental y apoyo psicosocial a corto, mediano y largo plazo desde cada entidad y entre entidades de respuesta, el cual se posicione dentro de la administración de las emergencias como un componente obligatorio.

Es necesario promover cambios culturales en los organismos de respuesta que inviten a valorar la salud mental como una dimensión fundamental de la salud y necesaria para el buen desempeño en la actividad laboral. Se requiere implementar de medidas tendientes a su fortalecimiento, posiblemente a través de programas de protección y cuidado de la salud para las situaciones de emergencias y desastres. De esta manera, en la línea de brindar apoyo al apoyo, este programa para los intervinientes debería contemplar tres componentes:

1. acciones que faciliten la gestión de emociones in situ (intervención psicosocial, actividades recreativas, de integración y dispersión).

2. acciones de bienestar adaptadas a la situación (zona de descanso y esparcimiento dentro de las posibilidades de la situación, alimentación e hidratación, zona de higiene personal).
3. acciones de salud y seguridad en el trabajo (jornadas de trabajo, uso de elementos de protección personal, procedimientos seguros, y demás).

Para finalizar, la gestión del riesgo con comunidad es un componente clave para prevenir, disminuir y gestionar mejor el impacto de las amenazas, algunas recomendaciones para mejorar la gestión del riesgo comunitario son:

Desplegar acciones para formar a la población en prevención de emergencias, así como promover la participación activa en acciones de prevención y mitigación, como definición de alertas para las principales amenazas, monitoreo de quebradas y ríos, apoyo para despejar las rondas de los ríos, entre otras acciones donde la comunidad puede ser un actor clave.

1. Desplegar acciones para formar a la población en prevención de emergencias, así como promover la participación activa en acciones de prevención y mitigación, como definición de alertas para las principales amenazas, monitoreo de quebradas y ríos, apoyo para despejar las rondas de los ríos, entre otras acciones donde la comunidad puede ser un actor clave.
2. A pesar de haber estado expuestos a eventos

anteriores de menor magnitud, es necesario trabajar en preparar el comportamiento de las personas ante una emergencia a través de simulacros y actividades para generar conocimiento y análisis del riesgo.

3. Comprender que dentro de las dinámicas sociales en situaciones de emergencias y desastres se encuentra el rumor, fenómeno que debe ser controlado para evitar el pánico en la población, este debe ser controlado desde las mismas entidades y en la comunidad, por ello la necesidad de establecer mecanismos de comunicación con comunidad que se fundamente en información de calidad y oportuna con contenidos reales e indicaciones claras de actuación.
4. Promover que la comunidad conozca cuál será su posible red de apoyo institucional y comunitario para acciones de prevención y atención de emergencias y establecer mecanismos de comunicación efectivos con ellos.
5. Capacitar y entrenar a la comunidad en temas como primer respondiente, primeros auxilios físicos y psicológicos, autocuidado y seguridad en emergencias, manejo de comunicación en emergencias, y otros temas clave para mejorar una atención adecuada y segura durante y pos emergencia.

Definir e implementar estrategias de articulación entre entidades responsables de la atención de emergencias y las organizaciones comunitarias existentes.

Referencias

Congreso de Colombia (2012). Ley 1523 de 2012. Colombia. Recuperado de: <http://www.ideam.gov.co/nts/24189/390483/11.+LEY+1523+DE+2012.pdf/4e93527d-3bb8-4b53-b678-fbde8107d340?version=1.2>

Gonzalez, R., Montoya, I., Casullo, M., y Bernabeu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento., *Revista Psicothema*. 14(2), 363-368. recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/733.pdf>

Martinez, J. (julio – diciembre 2011). Métodos de Investigación Cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo*. 8. 1-33. Recuperado de: <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>

Montes, Y. (2016). *Efectos de la intervención de un grupo de apoyo psicológico con personas afectadas por desastre natural*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte. Barranquilla. Recuperada de: <http://manglar.uninorte.edu.co/jspui/bitstream/10584/5832/1/1104866105.pdf>

Montesinos, F, Martínez, A y Fernández, B. (2008). Formación y satisfacción del voluntariado de cuidados paliativos. *Revistas de Psicología*. 5(2). 401-408.

Organización Mundial de la Salud (Diciembre 2013). Salud mental: un estado de bienestar. [En línea]. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Guía práctica de salud mental en situaciones de emergencia*. Washington, D.C: OPS, 2009.

Osorio, C. y Díaz, V. (2012). Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(2) 65-84. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v4n2/v4n2a05.pdf>

Saldanha, D., Colomé, C., Heck T., Nunes, M., Viero, V (2016). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index Enferm*. 24(1-2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

Uriarte, J (2010). La resiliencia Comunitaria en Situaciones Catastróficas y de Emergencia. [En línea]. *International journal of development and educational psychology*. 1. 687-693. Recuperado de: http://dehesa.unex.es/bitstream/ndle/10662/3121/0214-9877_2010_1_1_687.pdf?sequence=1