



## Ensayo

# PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS-DESASTRES Y PSICOEMERGENCIOLOGÍA. UN NUEVO RETO PARA LA PSICOLOGÍA EN COLOMBIA

## EMERGENCY - DISASTER PSYCHOLOGY AND PSICO-EMERGENCIOLOGIA, A NEW CHALLENGE FOR THE PSYCHOLOGY IN COLOMBIA

**Leonardo Guerrero-Gutiérrez\***

Universidad Incca de Colombia

### RESUMEN

Colombia está catalogada por Naciones Unidas como la cuarta nación entre India, China, Indonesia y Bangladesh como una nación con alto riesgo de morir por desastres naturales por su vulnerabilidad y crecimiento demográfico, que ha superado la tendencia en los últimos treinta años al Perú, México y Argentina. Las políticas, proyectos, programas estadísticas en el tema de desastres, excluyen la importancia del componente psicológico en las emergencias. Los documentos elaborados por la Secretaria de Salud de Bogotá (2009) y Ministerio de Protección Social (2011), presentan considerables oportunidades de mejoramiento en la conceptualización de la respuesta e intervención psicológica. El presente ensayo busca reflexionar sobre el comportamiento de las emergencias y desastres presentados al interior del territorio Colombiano, tanto los de origen natural como antrópico, donde se revisa brevemente la política nacional y distrital en atención de emergencias. Se presenta el modelo de atención psicoemocional en Bogotá y en Colombia, proponiendo finalmente la implementación de un modelo psicológico (Psicología del Desastre y Psicoemergenciología), consecuente con las posturas internacionales en la atención de emergencias bajo el modelo de la Gestión Integral del Riesgo.

**Palabras claves:** *Desastres provocados por el hombre, intervención en la crisis, salud mental, psicología clínica (Consultadas en DeCS).*

### ABSTRACT

Colombia is ranked by the UN as the fourth nation among India, China, Indonesia and Bangladesh with high risk of dying because of natural disasters due to its vulnerability and population growth, this tendency has increased in the last (30) years more than in Peru Mexico and Argentina. Policies, projects, programs, statistics on the issue of disasters, exclude the importance of the emergency psychological component. The documents elaborated by the Secretaria de Salud de Bogota (2009) and the Ministerio de Proteccion social (2011) present improvement in the answer conceptualization and the psychological intervention. This essay is intended to reflect on the emergencies and natural and man- caused disasters behavior presented within Colombian territory, where it is briefly reviewed the national and district policy about emergency attention. The psycho-emotional model in Bogotá and in Colombia is presented and where it is proposed the implementation of a

psychological model (Disaster Psychology and Sico-emergenciología), in agreement with the international policies in emergency care, under the model of the Integrated Risk Management.

**Key words:** *Disasters, mental health, crisis intervention, clinical psychology (Consultadas en MeSH).*

\*Leonardo Guerrero es Psicólogo. Docente Facultad de Psicología Universidad Incca de Colombia. Magister en Protección Civil y Gestión de Emergencia (Administración Emergencias y Desastres). Candidato Magister en Salud Ocupacional y Seguridad Industrial. Especialista en Neuropsicología Clínica

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto [guerrero.psico@gmail.com](mailto:guerrero.psico@gmail.com) y [psicoleonardoguerrero@hotmail.com](mailto:psicoleonardoguerrero@hotmail.com) Ex Coordinador preparativos de Emergencias Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá D.C. Ex Profesional de Gestión del Riesgo-Fondo de Prevención y Atención de Emergencias FOPAE.

**ARTÍCULO CORTO DE REFLEXIÓN (ENSAYO). RECIBIDO: 12 de julio de 2012 APROBADO: 5 de febrero de 2013.**

## INTRODUCCIÓN

Los avances científicos, la globalización, la sobrepoblación, la industrialización, los conflictos intra e internacionales, el deterioro progresivo del medio ambiente, la falta de conciencia sobre el buen uso de los recursos naturales, la violencia, entre otros, han generado paulatinamente la tendencia significativa de generar emergencias y desastres de origen natural y/o antrópico, sin respeto por áreas geográficas, condición social, económica, política y hasta cultural.

El informe mundial sobre desastres de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja anuncio que en los próximos 20 años las estimaciones de costos por desastres oscilarán entre los 6 billones y los 10 billones de dólares; cantidad que representa un porcentaje diez veces superior a la ayuda destinada a los países menos adelantados del mundo, que son los que sufrirán las peores consecuencias. (*Geólogos Sin Fronteras*).

Naciones Unidas, durante la plataforma Global para la reducción de desastres en Ginebra Suiza, sostiene que Colombia se encuentra en el

cuarto lugar entre India, China, Indonesia y Bangladesh dentro de los cinco países con mayor riesgo de morir por desastres naturales, especialmente por terremotos, inundaciones y deslizamientos de tierra, dada su alta vulnerabilidad en términos de crecimiento demográfico de sus cordilleras. (*International Training Centre & OIT 2006*).

*La Dirección Nacional de Planeación DNP (2008)* afirmó; “en los últimos 30 años Colombia ha sido uno de los países más vulnerables a desastres naturales en América, en promedio cada año ocurren 597 desastres en el país, superando en número a Perú (585), México (241) y Argentina (213)”. (CAR 2011).

Históricamente el país ha presentado grandes eventos catastróficos que han afectado el funcionamiento estatal y comprometiendo su estabilidad general, solo a partir de la década de los 80´ s, cuenta con un sistema organizado para la gestión del riesgo “*Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres- SNPAD*”.

Siendo así, uno de los primeros países de la región que promueve una aproximación integral al problema de los desastres tratando no sólo de la respuesta sino también, de manera privilegiada,

la prevención y mitigación (reducción del riesgo). El sistema que incluye el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, define las principales acciones en el campo de la gestión de riesgos e ilustrando una política integral en el tema, a partir del desarrollo y planificación. No obstante, el avance ha sido notable por lapsos según el nivel de compromiso de los gobiernos de turno. En realidad existe una diversidad de logros pero también de retrocesos que a fin de cuentas señalan que aún falta mucho para lograr una gestión de riesgos efectiva y generalizada en todo el territorio. (*BID, ONU, Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2007*).

En consecuencia, el estado del arte refleja políticas, proyectos, programas estadísticas, en torno a la gestión del riesgo en sus principales componentes: *Identificación, Prevención, Mitigación, Atención y Recuperación*. Con ausencia de información o referente estatal en un componente psicológico para emergencias, especialmente en la intervención, recuperación y seguimiento individual, familiar y grupal.

Entre tantos documentos existentes y contruidos por organizaciones no gubernamentales, organismos humanitarios e independientes influyeron tal vez, para que a partir del 2009 el estado asumiera una participación y responsabilidad en el área, así La Secretaria de Salud de Bogotá publica el *Manual de Atención en Salud Publica para una situación de desastre con énfasis en terremoto de Bogotá, D.C*, incorporando la Guía de Salud Mental en situación de Desastre. Por su parte desde el nivel central, El Ministerio de Protección Social en 2011 lanza *La Guía de Salud Mental en Desastres*. Materiales que reflejan considerables

oportunidades de mejoramiento en contenido y aplicación, especialmente en la manera de conceptualizar la gestión en emergencias, las respuestas psicológicas y los modelos de atención, sin contar su pobre y casi nula divulgación.

La puesta en marcha de la Ley 1523 del 24 de Abril del 2012 "*Por el cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el sistema nacional de gestión del riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones*". Trae una esperanza en la concepción y praxis sobre el tema, desafortunadamente no contiene el fundamento legal para la inclusión de estándares de intervención psicológica en este contexto, al parecer de poco interés gubernamental. Inclusive de manera paradójica, El Colegio Colombiano de Psicólogos, referente principal, aun lo excluye de los campos disciplinares de la profesión. Explicando y/o justificando – parcialmente- la ausencia de una normatividad distrital y nacional.

### **Colombia y las Emergencias**

Colombia un país de emergencias registra datos desde la colonia sin embargo, se puede afirmar que los desastres comienzan a ser notables a partir del maremoto de Tumaco (12 de diciembre de 1979) y del terremoto que en ese mismo año afectó a las ciudades de Manizales y Pereira (noviembre 23 de 1979). No obstante, algunos eventos anteriores también pueden mencionarse como; El deslizamiento de Quebradablanca en 1974, sepultando varias decenas de personas y dejando además la ciudad de Bogotá aislada de los Llanos Orientales. El Terremoto de Popayán (Marzo 31 de 1983). La erupción del volcán Nevado del Ruiz, avalancha que destruyó a Armero (Noviembre 13 de 1985).

Sismos del Atrato Medio o “Terremoto de Murindó” (Octubre 17 y 18 de 1992). Terremoto de Tierradentro (Junio 6 de 1994). Terremoto del Eje Cafetero (Enero 25 de 1999). (BID, ONU, Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2007). La sequía de los años 1992 y 1993 por el fenómeno del niño y sumado al fenómeno de la niña durante los años 2010 y 2011, han traído consecuencias incalculables en términos económicos, de ecosistema y emocionales para aquellas personas partícipes de estos fenómenos.

El anterior panorama no solo refleja los designios de la naturaleza llevando con sigo sentimientos de tristeza, dolor, impotencia e inclusive ira al recordar cuan vulnerable es el ser humano ante la presencia de estos. Pero su efecto es más desagradable y desesperanzador cuando son generados por la crueldad del hombre.

Desafortunadamente, pensar en la violencia en Colombia es analizar la historia misma de la nación; Guerras civiles, internacionales, guerrilla, narcotráfico, paramilitarismo, delincuencia común, masacres, atentados terroristas, secuestros, fleteo, violaciones, etc. Hacen parte del pan diario de un colombiano, se desayuna, almuerza, cena y hasta se duerme con violencia. Anestesiando un país con la indiferencia, o tal vez, con la permisividad más brutal que el mismo acto de violentar.

Eventos como el Bogotazo del 9 de abril de 1948, Bomba al DAS 6 de diciembre de 1989, bomba vuelo Avianca 203 del 27 de noviembre de 1989, bomba centro comercial de la 93 el 15 de abril de 1993, bomba Club el Nogal 7 de febrero de 2003, secuestros a políticos, militares, civiles,

agresiones permanentes a la población Bojaya el 2 de marzo de 2002, toma Mitú 1 de noviembre de 1998. Han sido momentos imborrables para un país que no solamente debe aprender a sobreponerse a los desastres “naturales”. Además debe hacer un esfuerzo incomprensible para asimilar los generados por la barbarie humana (Antrópicos).

### **Psicología y Emergencias**

Que hay en común entre aquellos eventos naturales y los forjados por el hombre. Sencillamente sus principales elicitadores y a su vez afectados son seres humanos. Hombres y mujeres que construyen su propia historia de vida caracterizada por alegrías, sueños, frustraciones, anhelos, pensamientos, comportamientos, todos en un engramado de sentidos y significados que alimenta el escenario sociocultural. Una cultura que cada vez convierte a los individuos más viscerales y límbicos en sus conductas.

La psicología ciencia encargada del estudio del comportamiento humano, no puede darle la espalda a la interpretación e intervención de los procesos biológicos, cognitivos, comportamentales, afectivos y sociales que interactúan entre sí durante una situación de emergencia o desastre. Tal como lo hace la psicología social, educativa, clínica, organizacional, deportiva y jurídica en sus respectivos campos.

La inclusión en Colombia al quehacer profesional de la *Psicología de Emergencias, Desastres y Psicoemergenciología*; Sirve para explicar e intervenir la singularidad humana durante los eventos catastróficos, sin confundirla o compararla con la salud mental en desastres.

Esta última a pesar de poseer elementos comunes, en su esencia, son disimiles al conjugar varias disciplinas en función a la atención psicosocial. Mientras la primera debe ser exclusiva del ejercicio psicológico.

Es importante señalar que la mayoría de los avances en este campo han sido por áreas ajenas a la disciplina psicológica con premisas funcionales en la dinámica de los desastres. Pese a ello es necesario limitar la conceptualización e intervención en términos de competencias, de la misma manera como una ciencia exacta no permite que una humanista se inmiscuya en su quehacer específico. - A excepción de la complejidad investigativa -.

Una de las premisas para incluir este modelo en Colombia nace al observar los tipos de atención desde hace 15 años. Mostrando cómo disciplinas sociales, exactas, biológicas y educativas hacen lecturas e interpretaciones comportamentales propias de un saber psicológico que solo la científicidad, rigurosidad del método e idoneidades de la formación psicológica pueden dar. Algunas acertadas, otras peligrosamente aplicables.

Países como España trascendieron en la solución al problema con la conformación de unidades "IPC" (Intervención psicológica en crisis); Facultados para realizar lecturas y acompañamiento psicológico especializado por catástrofes. En este mismo contexto El Centro de Investigación Nacional para TEP de Estados Unidos cuenta con más de 9.000 psicoterapeutas especializados en atención en crisis, dispuestos a intervenir en cualquier evento catastrófico. Nicaragua, Cuba, México inclusive Perú ya han adoptado en sus equipos de respuesta

profesionales en psicología para apoyar las actividades de respuesta operacional con avances importantes.

El atentado terrorista al Club el Nogal del 7 de febrero del 2003 y el Accidente Bus Colegio Agustiniانو Norte 28 de Abril de 2004, evidenciaron la necesidad de contar con estos equipos. Sirenas, luces de vehículos de respuesta, pacientes heridos con traumas leves, otros poli traumatizados, quemados familiares preocupados, incertidumbre, personas con necesidad de atención psicoemocional más que física en situación de crisis, desorientados, recibiendo gritos (ordenes) de diferentes personas, familias llorando buscando a sus seres queridos, periodistas imprudentes en sus cuestionamientos, curiosos y grupos de respuesta discutiendo por el poder en la escena con los organismos de seguridad, fueron el denominador durante este evento.

Situación similar se presentó en el accidente de bus escolar del Colegio Agustiniانو Norte, con la muerte veintiún (21) niños, dos (2) adultos y veinticuatro (24) heridos por caída de maquina recicladora de asfalto. La sensación de incertidumbre, desesperanza y frustración caracterizaron las emociones y sentimientos de los partícipes en la operación de rescate y sus familiares.

Reunidos en el archivo de Bogotá autoridades de la ciudad, representantes del colegio, sacerdotes, padres de familia, periodistas, psicólogos y un psiquiatra informan sucedido.

Una voz dura lee el listado de niños que quedaron con vida - silencio total -, como si el tiempo se hubiese detenido por un instante, al término se escucha un susurro tenue: "Doctor mi

*hijo no está en la lista”, - respuesta - “Señora su hijo debe estar en medicina legal, algunos niños quedaron irreconocibles por favor vayan a sus casas, recojan fotos, cartas dentales, algo que los pueda identificar, si necesitan transporte afuera hay un grupo de taxis dispuestos a llevarlos....”*

Al término: *Gritos, llantos, dolor, desmayos, ira, alegría, todo reunido en un solo espacio confundido entre la vida y la muerte.* Las palabras de una madre en ese momento *“Gracias Dios, gracias Dios por llevarte a mi hijo y que no se dé cuenta la clase de calaña de papa que tiene”.* La causa de esta reacción, se trató de una disociación o tal vez en un episodio psicótico, o simplemente fue el resultado de la actual sociedad violenta.

Los profesionales en salud mental asistentes, sin estar en los lineamientos de respuesta a emergencias en Bogotá. Psicólogos de una prestigiosa entidad del distrito con alta experticia en lo social-comunitario y educativo pero con evidentes debilidades en atención de urgencias, se convirtieron además en víctimas al ver el impacto y la frustración generada en el salón. Seguramente, algunos de ellos aun presentan repercusiones por este suceso. El psiquiatra de la ambulancia de salud mental de la Secretaria de Salud de Bogotá, hizo lo que su saber médico le orientó.

Al final, dos psicólogos voluntarios del naciente equipo de Salud Mental de la Cruz Roja Colombiana, quienes venían realizando trabajo previo en primeros auxilios psicológicos y salud mental en desastres, participaron con intervenciones a padres y personas que hicieron parte del rescate, acordes a las necesidades del momento, seguramente incipientes, con muchas

falencias conceptuales y prácticas, pero loables. En la actualidad El GAPS (Grupo de Atención psicosocial de la Cruz Roja) participa de manera voluntaria en las actividades propias de la misionalidad institucional.

Definitivamente la formación como psicólogo, la especialización en clínica y salud no son suficientes para adquirir herramientas conceptuales y prácticas de intervención en este tipo de situaciones que superan la capacidad de respuesta de cualquier persona. Si la anterior panorama se cumple. ¿Cual en la reacción que puede tener un profesional de otra formación o inclusive un psicólogo o psiquiatra sin conocimiento en emergencias?. Seguramente las respuestas serian: *“...Tranquilícese todo va salir bien, no llore, no se preocupe, cálmese....”.* Siendo este el discurso de los profesionales en esa noche. Por ello *¡no todo médico tiene la habilidad para urgencias, No todo ingeniero diseña y no todo abogado defiende!*

Estas dos emergencias marcaron el mecanismo de respuesta en la ciudad. Logrando estructurar decretos, resoluciones, protocolos, procedimiento y guías de manejo plasmados en el *Plan Distrital de prevención y Atención de Emergencias PDPAE, Plan de Emergencias de Bogotá PEB.* Posicionando al sistema de la capital en uno de los más importantes a nivel latino América en lo técnico – procedimental y en función al terremoto de Bogotá. En la actualidad ha trascendido a todos los niveles y emergencias en la ciudad.

A pesar de ello, existe la falta de coherencia entre lo planteado con lo ejecutado. *El Área 1 Atención Social,* describe sus acciones en:

*Levantamiento de registro de población afectada, entrega de ayudas humanitarias (Kit noche, aseo, cocina, etc.), e instalación de albergues temporales.* Como la única estrategia para mitigar “atender” el sufrimiento social de un afectado. El Área 4 del mismo plan - *Servicios de Salud- Salud Pública, Saneamiento básico y Salud Mental.* Define las “*estrategias para disminuir el impacto que causa un evento catastrófico de gran magnitud a la salud mental de la población de la ciudad de Bogotá.* Tiene la prioridad de: *Conformar grupos de apoyo en salud mental. Elaborar un plan para prevención y manejo de alteraciones mentales ante situaciones catastróficas o desastres. Ubicar sitios de atención para las personas en crisis mentales, o que requieran soporte mental especializado. Crear estrategias de apoyo psicológico a la comunidad. Definir actividades de dispersión mental para la población. Enseñar a la comunidad métodos de autocontrol ante el impacto de un terremoto. Brindar apoyo psicológico al grupo de salud y voluntarios.* Excelente material teórico pero con ausencia TOTAL de aplicación,

Todas las víctimas por evento antrópico o natural en la ciudad, son atendidos con el anterior modelo. Si la condición de riesgo lo justifica, el Fondo de Prevención y Atención de Emergencias FOPAE gracias a su competencia técnica le facultad para emitir- aparte del informe técnico- actas de evacuación temporal o definitiva a los predios afectados. Sin un soporte emocional a dichas personas y sus familias que les permita contener el duelo por abandonar un espacio construido con sacrificio a lo largo de la vida y cuya adaptación es más fuerte que

cualquier percepción de riesgo o concepto de expertos.

Los fenómenos de remoción en masa que afectaron las localidades orientales de Bogotá (Usme, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Usaquén), en el 2010 y 2011, causaron la evacuación de 2440 familias, 5772 Adultos y 4579 Niños. (Registro del Sistema de información de respuesta a Emergencias de Bogotá SIRE). Damnificados – obviamente- sin acompañamiento profesional diferente al generado por Trabajadores Sociales del FOPAE, en la asesoría documental para el trámite de la ayuda “económica” de relocalización de carácter pecuniario. Sociales con alto compromiso en su quehacer específico pero con nulas competencias técnicas, conceptuales y prácticas en atención de crisis para afectados.

Durante un proceso de evacuación en el Barrio El Socorro de la Localidad Rafael Uribe Uribe por deslizamiento; Una señora recibía información por profesional social sobre los requisitos de la ayuda: - Cabeza de hogar, madre de tres hijos, desvinculada laboralmente, sin redes de apoyo - y quien ante la situación presento cuadro ansioso con agitación psicomotora, respuestas neurovegetativas, hiperventilación y llanto. La intervención de la trabajadora social “Un vaso con agua por favor”. Comprobando *ausencia en la aplicación de los protocolos distritales, de una ruta de atención psicológica y carencia de profesionales idóneos.* Si solo se hubiese realizado escucha activa, empática, asertiva, rapport, reposo, catarsis y re significación cognitiva, con la implementación de *triage psicológico* (método de clasificación rápida por colores que indica el nivel y prioridad

de atención); *Rojo - Alta prioridad con traslado por presentar signos psicopatológicos disfuncionales. Amarillo – prioridad media que requieren intervención psicológica inmediata. Verde – Prioridad baja, personas que no requieren atención psicológica, presentan estados razonables de alteración, sin signos, síntomas de riesgo, pero que deben ser observados para evaluar cambios (García, A., Ramos, R. 2006).* Antes de los requisitos documentales. Su incertidumbre y ansiedad hubiesen sido de menor intensidad o quizás sin manifestación.

Una investigación -en proceso- en la zona de Altos de la Estancia de la localidad Ciudad Bolívar (Fenómeno de mayor riesgo por remoción en masa en latino América, no mitigable). Ha permitido concluir parcialmente la falta de credibilidad de los afectados hacia las entidades, asociado al abordaje negativo de los profesionales, que refuerza la pobre percepción de riesgo y no aceptación ante la evacuación.

Estímulos adversos como los anteriores pueden generar la aparición de signos y síntomas psicopatológicos: *trastornos adaptativos, de ansiedad, disociativos, episodios psicóticos, e incluso ser los espacios propicios para poner en marcha algunos trastornos de personalidad limítrofes, narcisistas, obsesiva y demás, instaurados con antelación y no ajenos a la víctima o al auxiliador. La personalidad previa de un sujeto tiene incidencia en el desarrollo de futuras psicopatologías, tanto como en la mejoría de los síntomas, un evento altamente estresante produciría Trastorno de estrés Postraumático (TEPT). Ramos, (García, A., Ramos, R. 2006).*

Las inundaciones de las localidades de Bosa y Kennedy en diciembre de 2011, fueron el “laboratorio” preciso para observar aquellos rasgos patológicos de personalidades demandantes, minusválías, obsesivas, impulsivas, también hostilidad, llanto, desesperanza, personas vigilantes desde el exterior de su casa y durante todas las noches, algunos buscando la manera de robar, otros que sin “afectación física” hacían largas filas – por horas- motivadas por un auxilio económico. Una señora en una entrevista por esos noticieros faranduleros decía “estoy feliz por mi \$1.500.000 pesos y a mi casa no le paso nada”. Algo similar, pero en proporción diferente, se evidenciaba con los líderes de las entidades distritales; Su afán de protagonismo, la visión de túnel, la emocionalidad y la presión política, fueron el motor en la toma de decisiones para administración de la emergencia. Dicha situación en Bogotá difícilmente cambiaran, o por lo menos en los próximos tres años restantes. Si esto sucede en la capital que se afana por ser modelo de atención. ¿Cómo administración la emergencias en las demás ciudades?

Es importante considerar que una víctima por emergencia puede experimentar durante las primeras tres horas desorientación, embotamiento, reducción del estado de conciencia, respuestas neurovegetativas, y hasta estupor reactivo. Al primer mes recaídas de consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, ideaciones suicidas, síntomas fluctuantes de insomnio, ansiedad, tristeza, aislamiento social. A los seis meses tendencias compulsivas, astenia física, mental y emocional. De los seis meses hasta varios años después y dependiendo de la



capacidad de afrontamiento, estilos cognitivos, redes familiares, sociales y gubernamentales; Logran presentar TEPT, Trastornos de Adaptación, psicóticos, hostilidad, aislamiento social, entre otros. (García, A., Ramos, R. 2006).

No solamente el afectado es el directamente involucrado (García, A., Ramos, R. 2006), clasifican las víctimas en. *Primer Nivel:* Individuos que han experimentado directamente el hecho y que pueden o no sufrir daño físico. *Segundo Nivel:* Familiares que sufren la pérdida, amigos y compañeros de las víctimas de primer nivel. *Tercer Nivel:* Personal de rescate, voluntarios que necesitan la ayuda para mantener su nivel de eficacia. *Cuarto Nivel:* La comunidad u organización que se ve envuelta en el suceso. *Quinto Nivel.* Personas especialmente vulnerables, en las que el desastre les produce stress. *Sexto Nivel:* Los que podrían haber sido víctimas o persuadieron a otros que fueron víctimas.

Con esta premisa, todos los grupos humanos necesitan ser reconocidos y su nivel de afectación depende de las circunstancias individuales, el sistema debería proporcionar asesoramiento e intervención especializada según sea el caso. *¿Cuántas personas a lo largo de la historia reciente colombiana víctimas directos e indirectos por emergencias y/o desastres, han presentado algún trastorno y sin identificación e intervención profesional?* Respuesta efímera, y de poca importancia para la estructura política actual.

### **Consideración Final**

El objeto no es desprestigiar las entidades gubernamentales, ni sus representantes, tampoco dar un estereotipo patológico a la emergencia complicando aún más al afectado. Al contrario se

debe crear conciencia e importancia de la inclusión del psicólogo en las emergencias, que efectúe lecturas rápidas de comportamientos, haciendo contención y valoración individual y colectiva in situ, utilizando la nosología e instrumentos de la psicopatología y obviamente de la psicología. Entendiendo las reacciones adaptativas o desadaptativas debilitando la probabilidad de efectos negativos a corto, mediano o largo plazo. Diseñando procesos de formación y capacitación en primeros auxilios psicológicos a todos y cada uno de los integrantes de las entidades que hacen parte del Sistema, mejorando así el acercamiento a las comunidades afectadas. Finalmente revisar los perfiles y procesos de selección de funcionarios que trabajan en esta línea. Logrando una estandarización de competencias cognoscitivas, técnicas, sociales, afectivas y demás acorde al desempeño laboral.

Incluir en Colombia como contexto de aplicación: *La psicología de Emergencias, donde el saber* de la psique humana, la integración de los conceptos en salud, educativa, comunitaria, organizacional, jurídica y hasta deportiva se conjuguen en una sola línea conceptual y metodológica, creando programas de promoción, prevención transversales a la gestión integral del riesgo, especialmente en la identificación, prevención y recuperación.

*Psicoemergenciología*, complemento y/o apoyo de la psicología de emergencias encargada de la creación, aplicación de modelos de atención de crisis, intervención de urgencias, instalación de MEC (Manejo, estabilización y clasificación) Psicológico en las zonas de impacto y seguimiento clínico de afectados.

Las anteriores actividades soportadas con una política nacional, por medio de decretos nacionales y distritales que viabilicen protocolos aplicables y de obligatorio cumplimiento en cada una de las instancias territoriales encargadas de la gestión del riesgo: UNGRD (Unidad Nacional de gestión de Riesgo y desastres), CREPAD (Comité regional de Prevención y atención de desastres), CLOPAD (Comité local de Prevención y atención de desastres), donde se incluya el componente psicológico en emergencias.

La vinculación de uno o un grupo de psicólogos especializados en Emergencias, Desastres y psicoemergenciología, en cada ente gubernamental (UNGRD, CREPAD, CLOPAD), capaz de orientar la atención psicológica en emergencias dentro del territorio, diferente a las actividades voluntarias de grupos de socorro (Cruz Roja, Defensa Civil y Bomberos voluntarios).

Fortalecer un campo de acción psicológico donde conjuguen espacios académicos (Seminarios, Congresos, Posgrados), investigativos, normativos y prácticos supliendo las necesidades implícitas y explícitas de los cuerpos de socorro, sus integrantes y comunidad en general ante un evento natural o antrópico enmarcado dentro de la *Gestión Integral del Riesgo*. De la mano a los modelos de atención internacional.

## REFERENCIAS

Banco Interamericano de Desarrollo BID & Naciones Unidas & Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2007). *Información para la gestión del Riesgo en*

*Desastres, Estudio de caso de Colombia*. México DF, México de [http://www.cepal.org/colombia/noticias/documentosdetrabajo/4/42314/Colombia\\_case\\_study.pdf](http://www.cepal.org/colombia/noticias/documentosdetrabajo/4/42314/Colombia_case_study.pdf)

Corporación Autónoma Regional CAR. (2011). *Plan de Acción para la Atención de la Emergencia y la Mitigación de sus efectos*. Bogotá, Colombia. De [www.car.gov.co/index.php/rss/?idcategoria=15943](http://www.car.gov.co/index.php/rss/?idcategoria=15943)

García. R.A., García. M.A. & Parada. T.E. (2006). *Psicología Aplicada a Crisis, Desastres y Catástrofes*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España,

Geólogos Sin Fronteras. (2007). *Recursos naturales y preservación del ambiente*. De <http://www.geologossinfronteras.org/EI%20Climatico-II.html>

International Training Centre & OIT. (2006). *La reducción del Riesgo de desastres, un llamado a la acción*. Turín, Italia. De [http://www.eird.org/eng/revista/no\\_13\\_2006/art5.htm](http://www.eird.org/eng/revista/no_13_2006/art5.htm)

Pardo. T.J. & Escobar, C.G. (2008). *Plan de Emergencias de Bogotá*. Fondo de prevención y Atención de Emergencias FOPAE. Bogotá D.C, Colombia de <http://www.saludcapital.gov.co/Biblioteca%20de%20crue/PLAN%20EMERGENCIAS%20BOGOTA%20DPAE.pdf>