

FUNDAMENTACION:

Costa Rica es un territorio de alto riesgo sísmico dentro del área centroamericana (informe de OVSICORI, UNA 1989). 1990 fue un año con temblores fuertes, algunos con magnitudes superiores a los 5 grados en escala Richter, que culminaron con el terremoto del 22 de diciembre, con epicentro en las fallas locales de la provincia de Alajuela, Meseta Central. No se registraron más que dos víctimas fatales, pero hubo daños materiales, económicos, ecológicos, sociales y psicológicos de magnitud que persisten aún.

La ayuda prestada después de este desastre - insuficiente por cierto fue de parte de personal médico, enfermeras e ingenieros y coordinada por la Cruz Roja y Comisión Nacional de Emergencia, sin que se atendiera la dimensión psicológica-social.

Así, se dejaron de lado -por falta de capacitación y prevención- las connotaciones más humanas y más difíciles de superar derivadas de un evento catastrófico: los efectos post-traumáticos de la población después de un terremoto.

Un desastre natural rebasa cualquier capacidad de respuesta de una determinada comunidad, por su dimensión súbita, imprevisible y devastadora.

La experiencia del terremoto de México D.F. en setiembre de 1985 dejó secuelas emocionales y sociales en miles de personas, que todavía hoy perduran.

Resulta necesario y urgente, en vista de esa y otras experiencias similares en América Central - Managua 1972, Guatemala 1976, El Salvador 1986- poner en práctica un proyecto de prevención psicosocial para enfrentar futuras situaciones de desastre.

Esto significa no sólo atender los efectos posteriores, -prevención secundaria- que en ciudad de México se logró con resultados bastantes positivos, sino implementar un modelo de trabajo previo de información, capacitación y preparación para atenuar el sufrimiento humano masivo y prevenir males mayores -prevención primaria-.

Los sismos y desastres naturales en general son inevitables, pero sus consecuencias psicológicas y sociales se pueden reducir en gran medida, haciendo un aporte para crear planes realistas, de acuerdo a los recursos disponibles y a las circunstancias actuales.

Se pueden señalar tres momentos o periodos en los efectos psicológicos de la población después de un desastre:

- 1.- Periodo de impacto.
- 2.- Periodo de reviviscencia.
- 3.- Periodo de stress post-traumático.

1.- El impacto comienza con el mismo desastre y continúa mientras éste dura. Se comprobó en los desastres antes mencionados, que sólomente entre un 15% y un 25% de la población es capaz de manejar la ansiedad y encarar una

acción rápida y eficaz; alrededor del 60% permanece aterrada durante un período variable (que puede durar horas), y el restante 15% aproximado requiere de algunos días para adaptar su conducta a la situación.

En este período se dan fenómenos de confusión, paralización, reducción de las dimensiones del suceso (como mecanismo defensivo), y negación de la cantidad de heridos, desaparecidos y muertos. Es un estado de shock emocional, que impide la acción.

2.- El período de reviviscencia, posterior al de impacto, se caracteriza por sentimientos de desazón, congoja, desamparo y soledad. Hay una gran necesidad de apoyo y de descarga emotiva. Su duración es variable en días.

3.- El stress post-traumático comienza, en general, cuando se empiezan a evaluar los efectos del desastre -pérdida de casas, bienes materiales y trabajo, heridos, atrapados y muertos cercanos.

Este "síndrome de stress post-traumático" se manifiesta por distintos síntomas, con intensidades variables: angustia, pesadillas nocturnas, insomnio, síntomas orgánicos leves o severos - cefaleas, asma, taquicardias, pérdida temporal de la audición o de la voz, parálisis parciales, etc.- pérdida

de la conciencia, alteraciones en la percepción y la motricidad, depresiones intensas, amnesias (temporales o prolongadas), fobias a salir a la calle o a entrar en edificios, etc.

Los síntomas pueden ser temporales o perdurar indefinidamente, dependiendo de la intensidad del desastre, la cercanía con él, la pérdida de familiares o personas allegadas, y el estado psicológico previo.

Todas o casi todas las actividades cotidianas -estudio, trabajo, diversión, relaciones familiares y sociales- se ven afectadas por la existencia de este síndrome de stress post-traumático.

En cuanto a los niños, los efectos emocionales del terremoto suelen ser más dramáticos, ya que a su propio terror y confusión se agrega el de los adultos a cargo de ellos.

Sin embargo, el daño que el terremoto les puede ocasionar, no tiene por qué ser permanente, si se implementa un modelo de prevención y preparación previa con ellos.

Para concluir, los factores emocionales de la población interfieren en gran medida, después de un

terremoto, con la labor de los organismos afectados a la ayuda y reconstrucción posterior, dificultando y malogrando las tareas, con el costo social y económico que eso significa.

Ante esta realidad, es imprescindible que la población de Costa Rica se prepare psicológicamente para responder a un desastre natural de una manera eficaz, creativa y relativamente rápida, utilizando los recursos existentes en la comunidad, para generar y promover salud mental en situaciones de emergencia social.

OBJETIVOS GENERALES:

- Preparar psicológicamente a la población costarricense para enfrentar situaciones de emergencia y desastre natural.
- Atender y reducir los efectos psico-sociales posteriores al desastre en la población afectada.
- Crear redes comunitarias de salud mental, a través de la capacitación y formación de operadores de salud voluntarios, que reviertan en la comunidad su tarea preventiva para enfrentar situaciones críticas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Despertar conciencia en la población en general de la realidad del país en que vivimos -zona de riesgo sísmico, volcánico, etc.- y cómo enfrentarla.

- Transformar la creencia de "invulnerabilidad al desastre" -compartida por la mayoría de la población- en la de vulnerabilidad y riesgo.

- Romper el aislamiento social y promover lazos de cooperación solidaria para enfrentar una emergencia -como beneficio secundario se lograría una disminución de los comportamientos agresivos en situaciones de emergencia social, ya que el deseo de cooperar también es un trabajo de elaboración de la propia situación traumática.

- Estimular el aprendizaje de la tolerancia a la frustración, para no depender únicamente de la ayuda oficial ni internacional, especialmente en la lenta y difícil etapa de la reconstrucción posterior.

- Promover la creatividad e imaginación en la emergencia de recursos propios y colectivos ante el desastre, fomentando actitudes sociales de autonomía y sentido común.

PRODUCTOS:

- Un modelo de prevención-intervención psico-social en emergencias.

- Un equipo de operadores en salud mental comunitaria (100 facilitadores) capacitados en el manejo técnico-metodológico de la prevención e intervención psicológica en emergencias y

desastres.

- Medios de información capacitados para transmitir y divulgar las noticias de manera realista y no alarmista.
- Equipos responsables de las acciones de emergencia preparados para lograr eficacia y criterio de realidad.
- Población previsora y preparada psicológicamente para enfrentar desastres.

INSTITUCIONES EJECUTORAS:

Vicirrectoría de Acción Social y Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica.

METODOLOGIA:

Informar, formar y capacitar psicológicamente a la población para enfrentar situaciones de emergencia social (temblores), desastres, (terremotos, inundaciones) etc. y sus consecuencias.

FORMA DE TRABAJO:

TECNICA BASICA: GRUPOS OPERATIVOS

Miembros: Coordinador, observador y el resto del grupo.

Reunión de grupo operativo tipo: Entre 3 y 4 horas de duración máximo divididas en 3 partes iguales en tiempo:

Primera parte: se da la información pertinente y se contestan preguntas y dudas. Segunda parte: se discuten e intercambian los efectos emocionales de esa información.

Tercera parte: se hace una síntesis de lo aprendido y el

observador cierra con un breve informe sobre el trabajo de ese día.

La concepción de grupos operativos parte de la idea de que el grupo no es una mera reunión de individuos para aprender, ni para intercambiar solamente información y experiencias; es el dispositivo mismo del aprendizaje, el instrumento de la tarea.

La tarea constituye el sentido de la existencia de los grupos operativos; es eso común que los convoca en este caso aprender a enfrentar, colectivamente, situaciones de emergencia social.

Aprender desde esta concepción implica tres momentos o procesos ligados entre sí: 1.- información, 2.- emoción y 3.- producción, es decir: 1.- información de lo veraz y necesario sobre la temática de los sismo; 2.- ligar esta información a los efectos emocionales que produce, (también en los profesionales del equipo) y 3.-generar en consecuencia alternativas para enfrentarlos, grupal y socialmente.

Los grupos operativos funcionan con un coordinador y un observador. El coordinador es un operador de salud mental, entrenado en psicología social, para detectar y comprender los procesos grupales manifiestos y latentes, las relaciones intra e inter-grupales, los obstáculos en el aprendizaje, y

señalarlos al grupo, provocando la emergencia de situaciones y actitudes nuevas para enfrentar la realidad.

La tarea del observador es registrar el proceso de la relación coordinación-grupo y devolverla al coordinador, para ~~ajustar y reestructurar el funcionamiento y la dinámica~~ grupal, así como también devolver la información al mismo grupo que la creó (feed-back), para ser re TRABAJADA.

Este funcionar opera con una dinámica continua, no es un grupo estático, impide que se deposite en el coordinador la respuesta a todos los problemas, y moviliza una acción grupal crítica y autogestiva, principios básicos de un cambio colectivo.

La formación de un equipo interdisciplinario para llevar a cabo este proyecto obedece a la misma idea: lo colectivo y lo heterogéneo ~~dispone~~ ~~potencialidades~~ creadoras y de cooperación, sin las cuales no se podrían enfrentar situaciones críticas comunitarias.

Los grupos operativos serán amplios -entre 80 y 100 personas, o reducidos -entre 30 y 40- según las necesidades de la población hacia quienes van dirigidos.

La técnica operativa se utilizará durante todo el proceso de información-capacitación, y a todas las áreas poblacionales, adecuándola a los diferentes ámbitos y núcleos

de población.

TECNICAS COMPLEMENTARIAS:

Durante las reuniones grupales, si la coordinación lo considera adecuado, se implementarán complementariamente recursos técnicos psicodramáticos y juegos de roles

(técnicas específicas que estimulan y facilitan la descarga emocional, con el consiguiente alivio).

El proyecto se desarrollará en cuatro fases sucesivas en el tiempo, que completarán la primera etapa.

PRIMERA FASE

Formación, integración y capacitación de un equipo interdisciplinario que trabajará conjuntamente durante todo el proyecto.

Equipo conformado por ocho (8) profesionales: psicóloga responsable del proyecto, con experiencia en coordinación de grupos y en psicología social (comunitaria e institucional), trabajador/a social con experiencia en trabajo comunitario; educador/a con experiencia en educación no formal en grupos; sociólogo/a con experiencia en ecología social; médico/a con experiencia en salud comunitaria y sanitarismo; ingeniero/a sísmico, con amplio conocimiento de geología; periodista, con experiencia en el área salud y ciencia y técnica.

DURACION MINIMA: 40 horas mensuales

TECNICA: grupos operativos

TOTAL: 1 mes

SEGUNDA FASE:

Formación, información y capacitación de voluntarios/as como operadores de salud mental.

Funciones de los operadores:

actuación en casos de emergencia y desastre en sus ámbitos propios -institucionales, laborales, familiares, comunitarios- con la población y en coordinación en la Comisión Nacional de Emergencia.

- creación de redes de promoción de salud mental, que se conviertan en autogestivas, como prevención y reducción de los efectos psicológicos de los desastres.

TECNICA DE CAPACITACION PARA LOS OPERADORES

REUNION TIPO

DURACION: entre 3 y 4 horas (dependiendo del número de participantes).

Primera parte: Presentación mutua y explicitación del modelo de manejo grupal, el mismo que deberían elaborar y aplicar en su trabajo con la población (esto sólo en la primera reunión). Se pide un observador voluntario de la reunión.

Segunda parte: Breve explicación del método operativo grupal y de su aplicación en situaciones de emergencia, así como en el trabajo preventivo con la comunidad. Información de las características psicológicas generales del trauma, así como

de las técnicas específicas que liberan ansiedad y permiten elaborar el suceso traumático. Importancia de la comunicación -tanto oral como escrita, gráfica o por el dibujo en los niños.

Hasta aquí la información y evacuación de dudas.

Tercera parte: Se les pide a los voluntarios que relaten, si lo desean sus propias experiencias durante los desastres, y sus temores frente a esta nueva tarea.

Aquí se propenderán juegos de roles, por el papel creativo y liberador que tiene el juego, Ejemplo: algunos hacen de damnificados y otros de operadores de salud.

Estos roles pueden ser rotativos e intercambiables.

Cuarta fase: elaboración de las vivencias del grupo y síntesis de la reunión por parte del observador.

Se darán recomendaciones de tipo técnico en cuanto al rol de operador de salud, a la conveniencia de trabajar en parejas, a la importancia de la evacuación de ansiedad, a no realizar intervenciones que resulten agresivas o choquen con patrones culturales, etc.

RECLUTAMIENTO DE LOS OPERADORES VOLUNTARIOS: Dentro del ámbito universitario y otras instituciones oficiales,

privadas, etc.), a través de medios de divulgación. Para los que provengan de la universidad (estudiantes) se contempla la posibilidad de que esta tarea les sea válida como requisito del T.C.U. (trabajo de campo universitario). Los voluntarios/as serán entrevistados previamente por la coordinadora, para detectar aptitudes personales y ~~requisitos necesarios para la tarea. Este será el único~~ requisito necesario.

DURACION MINIMA: 16 hora mensuales

TOTAL: tres meses

NUMERO DE PROMOTORES: mínimo 70 - máximo 100.

TECNICA: grupo operativo de aprendizaje.

TERCERA FASE

Información integral y veraz y capacitación a los profesionales y técnicos responsables de la coordinación en casos de emergencia social y desastre.

Este grupo amplio estará compuesto por cuadros superiores y líderes institucionales representativos de: Ministerios (especialmente Salud, Educación y Transporte), Secretarías, Municipalidades, Comisión Nacional de Emergencia, Cruz Roja, Universidades, Hospitales, Colegios y Defensa Civil.

NUMERO TOTAL: Mínimo 80 - máximo 120

El grupo total se dividirá en grupos de 25 a 30 personas para su capacitación.

DURACION: Mínimo 12 horas mensuales por grupo.

TECNICA: grupo operativo.

TOTAL: tres meses.

Información y capacitación a los medios de comunicación (gráfica, radial y televisiva) por el mismo periodo de tiempo y con la misma técnica.

Este grupo, por el área a que se dedica, será más reducido que el anterior.

NUMERO: mínimo 30 - máximo 50

DURACION: 12 horas mensuales

TECNICA: Grupo operativo con inclusión de videos e información adicional sobre emergencia de lo emocional en situaciones de desastre.

TOTAL: Tres meses

Información y capacitación a todos los equipos afectados directamente a una emergencia: Cruz Roja, Seguridad, Transporte, Defensa Civil.

NUMERO: mínimo 100 - máximo 200

Se dividirá en grupos de la misma forma que los anteriores.

DURACION: 12 horas mensuales.

TECNICA: Grupo operativo.

TOTAL: Tres meses

CUARTA FASE

Información, divulgación y educación psico-social preventiva a la población en general para casos de emergencia y desastre natural.

Esta fase se implementará a través de los siguientes medios y canales:

- 1.- por acción de los medios de comunicación, ya capacitados, que recibirán asesoramiento permanente para su tarea.
- 2.- por medios de divulgación gráficos y visuales (folletos, videos, etc.) elaborados por el equipo interdisciplinario, y con la intervención y colaboración de personas y organizaciones especializadas. Estos medios llegarán a los diferentes ámbitos institucionales y comunitarios (escuelas, universidades, hospitales, colegios profesionales, etc.). Con los niños se utilizarán recursos, técnicas y medios adecuados a su edad - incluidos juegos, títeres y dibujos.
- 3.- charlas, grupos participativos, grupos de reflexión y operativos amplios, en instituciones y organizaciones comunitarias (laborales, sanitarias, de vivienda,

educativas, etc.),

4.- implementación de un servicio telefónico permanente en la Vicerrectoría de Acción Social (o dependiente de ésta) de información y orientación psicológica para la población en general, para casos de emergencia. Este servicio será atendido por los operadores de salud mental que fueron capacitados en la segunda fase del proyecto.

El labor de los operadores es fundamental en esta cuarta fase, ya que una de sus funciones es la de promover y facilitar la emergencia de actitudes saludables en la población, de una manera autogestiva y comunitaria.

El objetivo es que de los 60 a 100 operadores iniciales se vaya logrando un efecto multiplicador, que se nutra y reproduzca en la misma comunidad, y donde la tarea de la primera etapa (capacitación e información) se convierta en una segunda etapa en tarea de seguimiento y asesoría, y no de coordinación.

DURACION: Seis meses

DURACION DE LAS 4 FASES DE ACCION: Trece meses

APARTADO: la información a los grupos en las cuatro fases será la siguiente:

- a.- información temática sobre sismicidad, datos geológicos y riesgos (en las cuatro fases),
- b.- información teórico-psicológica específica (según fundamentación) en las cuatro fases,
- c.- información teórico-técnica y referencias bibliográficas sobre grupos operativos (en la primera y segunda fase).

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Después de la implementación de las 4 fases del programa, el equipo interdisciplinario y el equipo de operadores evaluarán los resultados, y harán un informe sistematizado según objetivos generales y objetivos específicos.

La tarea de evaluación se hará articulada con un seguimiento técnico de las áreas de población e instituciones donde se intervino operativamente.

DURACION DE LA ETAPA DE EVALUACION: cinco (5) meses.

Después de esta evaluación - según se hayan cumplido los objetivos planteados- se considerará la implementación de la segunda etapa del proyecto, que abarcaría el resto del país: provincias de Limón, Guanacaste y Puntarenas.

Se prevé también la elaboración sistematizada de una memoria escrita para ser consultada y utilizada por otros

países con riesgo sísmico, o de otra naturaleza (inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, etc.)

DURACION TOTAL DE LA PRIMERA ETAPA CON SU PERIODO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO: dieciocho (18) meses.

POBLACION BENEFICIARIA:

Los habitantes de la Meseta Central, que incluye a las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia. Esta es la zona de mayor densidad de población de Costa Rica.

Cantidad de población de la Meseta Central: 1.600 personas.

El proyecto cubre los distintos grupos étnicos y grupos urbanos y rurales -según zonas de distribución-.

LUGARES EN LOS QUE SE DESARROLLARA EL PROYECTO

*

- En la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica y aulas de la U.C.R. (primera y segunda fase).

- En la Vicerrectoría de Acción Social y aulas de la U.C.R. (tercera fase).

En las instituciones, comunidades y organizaciones barriales y cantonales que correspondan según las zonas geográficas, el espacio disponible requerido y las mejores condiciones para la realización del proyecto (tercera y cuarta fase).

CONTINUACION DE CRONOGRAMA

ACTIVIDADES/MES	1992												1993					
	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun
4. Información divulgación y educación psicosocial preventiva a la población. Acción de los operadores. Charlas, talleres en instituciones y comunidades. Supervisión de los operadores. Sesiones con equipo.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					