



Juntos por **Colombia**

SIMPOSIO INTERNACIONAL

Volver a Estar Bien

Bienestar Físico, Trabajo y Recuperación para Seguir Adelante



Una iniciativa de POSITIVA y Fundación
Universitaria Konrad Lorenz al servicio del país

En Alianza con:





EL IMPACTO SILENCIOSO DE LA TIERRA, EL FUEGO Y EL AGUA

PhD Rafael Ruiz Calatrava



Consejo General de
Relaciones Industriales y
Ciencias del Trabajo
<https://cgrict.es>



CátedraSST
CÁTEDRA ANDINA INTERNACIONAL



Fundación
Rafael Ruiz Calatrava





SISMO
COLOMBIA
2026

*Gracias por invitarnos
a ser parte de este mensaje de esperanza.*

**VOLVER A ESTAR BIEN ES,
ANTE TODO,
VOLVER A ESTAR JUNTOS.**



COLOMBIA
UNIDA

1. INTRODUCCIÓN

LA FUERZA DE LA NATURALEZA
DESTRUYE. **EL IMPACTO PSICOLÓGICO
PERMANECE.**

TERREMOTOS



TSUNAMIS



INCENDIOS FORESTALES



DANAS / ERUPCIONES VOLCÁNICAS



EN SEGUNDOS,
todo cambia.

EN HORAS,
todo se pierde.

EN DÍAS,
todo arde.

EN SEMANAS,
nada es igual.



Las imágenes que recorren el mundo nos muestran la magnitud de la pérdida material y, sobre todo, el drama humano: **rescates contrarreloj, evacuaciones masivas, rostros desencajados por el dolor.**



La respuesta inmediata se organiza en torno a **salvar vidas**, atender **heridas físicas**, distribuir **agua, alimentos y refugios**.



Sin embargo, bajo los escombros, el lodo, las cenizas o las llamas, yace una devastación menos visible pero igualmente profunda: **la fractura del bienestar psicológico y del entramado social que sostiene la existencia humana.**



Las grandes catástrofes naturales no solo destruyen infraestructura; destruyen también **la sensación de seguridad ontológica, la confianza en el entorno y los vínculos** que dan sentido a la vida cotidiana.

EL IMPACTO SILENCIOSO: LA DEVASTACIÓN PSICOSOCIAL



**PÉRDIDA DE
SEGURIDAD
Y CONTROL**



**DUELO
POR PERSONAS,
HOGARES Y
PROYECTOS**



**ANSIEDAD,
MIEDO E
INCERTIDUMBRE
CRÓNICA**



**RUPTURA DE
VÍNCULOS Y
TEJIDO SOCIAL**



**DESORIENTACIÓN
Y PÉRDIDA
DE SENTIDO**



Hoy voy a compartir con ustedes una reflexión sobre este impacto silencioso y, sobre todo, sobre cómo la **psicosociología** puede ofrecernos un marco de **atención integral** para responder a estas crisis.



PhD. Rafael Ruiz Calatrava

Psicosociólogo – Experto en intervención en emergencias y catástrofes

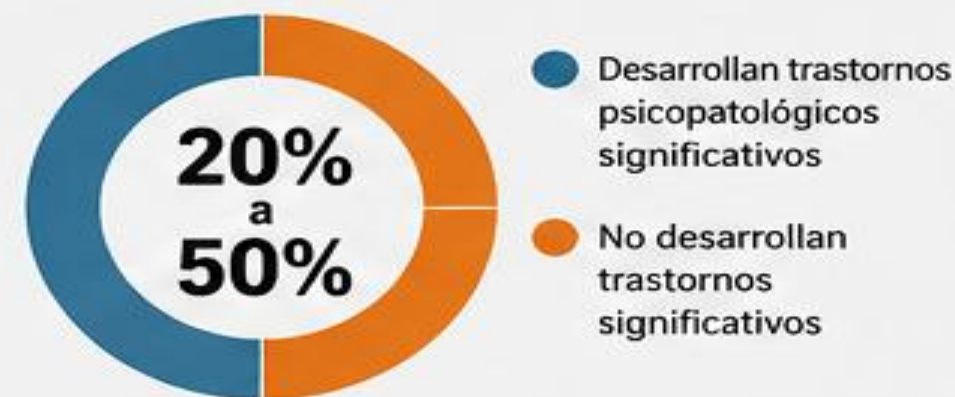


2. EL ROSTRO PSICOLÓGICO DEL DESASTRE: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y FACTORES MODULADORES

PhD. Rafael Ruiz Calatrava
Rafael Ruiz Calatrava

2.1. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

La literatura científica ha documentado consistentemente que entre el 20% y el 50% de los sobrevivientes de grandes catástrofes naturales desarrollan trastornos psicopatológicos significativos en el año posterior al desastre.



Los diagnósticos más frecuentes son:

- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): entre el 15% y el 30% de los expuestos.
- Depresión mayor: entre el 10% y el 20%.
- Ansiedad generalizada, trastornos del sueño y somatizaciones: entre el 20% y el 40%.



Estas cifras varían según el tipo de desastre, la intensidad, la duración de la exposición, la proximidad al epicentro y los recursos de apoyo disponibles.



“El desastre no solo destruye ciudades, también quiebra certezas, identidades y futuros.”

2.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES

INTRUSIÓN



- Recuerdos intrusivos
- Pesadillas
- Imágenes recurrentes
- Flashbacks

EVITACIÓN



- Evitar lugares, personas o conversaciones relacionadas
- Aislamiento emocional

ALTERACIONES COGNITIVAS Y DEL ESTADO DE ÁNIMO



- Culpa, vergüenza
- Pérdida de interés
- Desesperanza
- Anhedonia

HIPERACTIVACIÓN



- Hipervigilancia
- Irritabilidad
- Respuesta de sobresalto
- Dificultad para concentrarse

SOMATIZACIONES



- Cefaleas
- Dolor muscular
- Problemas gastrointestinales
- Fatiga crónica

ALTERACIONES DEL SUEÑO



- Insomnio
- Despertares frecuentes
- Sueños perturbadores

2.3. FACTORES MODULADORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO

Factores que **AUMENTAN** el riesgo



Exposición directa y amenaza a la vida.



Pérdida de seres queridos o testigo de muertes.



Pérdida de hogar, trabajo o medios de subsistencia.



Historia previa de trastornos mentales.



Falta de apoyo social y recursos.



Información caótica, alarmista o contradictoria.

Factores que **DISMINUYEN** el riesgo



Redes de apoyo social sólidas.



Sentido de comunidad y cohesión social.



Información clara, veraz y oportuna.



Resiliencia personal y experiencias previas de afrontamiento exitoso.



Acceso a ayuda psicológica temprana y adecuada.



2.4. ¿POR QUÉ ES CRUCIAL IDENTIFICAR ESTOS FACTORES?



Permite diseñar intervenciones psicosociales focalizadas.



Evita la cronificación del sufrimiento psíquico.



Fortalece la resiliencia individual y comunitaria.



Reduce el impacto a largo plazo en la salud mental.

“No se trata solo de sobrevivir al desastre, sino de reconstruir la vida con sentido, dignidad y esperanza.”

2.1. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA



La literatura científica ha documentado consistentemente que entre el **20% y el 50%** de los sobrevivientes de grandes catástrofes naturales desarrollan trastornos psicopatológicos significativos en el año posterior al desastre.

El trastorno de estrés postraumático (**TEPT**) y la **depresión mayor** son los diagnósticos más prevalentes.

Pero el impacto psicológico no se limita a cuadros clínicos: abarca un espectro amplio de **sufrimiento emocional, ruptura de proyectos vitales, duelo colectivo y erosión del capital social comunitario**.



MENSAJE CLAVE
Entre el **20% y el 50%** de los sobrevivientes pueden desarrollar trastornos psicopatológicos significativos en el año posterior a una gran catástrofe.

“ No se trata solo de quién enferma, sino de cómo una comunidad entera ve transformada su salud mental y su capacidad de proyectar futuro. ”



DIAGNÓSTICOS MÁS PREVALENTES

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Afecta aproximadamente entre el 15% y el 30% de los expuestos.

DEPRESIÓN MAYOR

Afecta aproximadamente entre el 10% y el 20% de los expuestos.

EL IMPACTO VA MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

SUFRIMIENTO EMOCIONAL
Ansiedad, miedo, culpa, rabia, incertidumbre persistente.

RUPTURA DE PROYECTOS VITALES
Pérdida de empleo, vivienda, estudios, planes de vida y perspectivas de futuro.

DUELO COLECTIVO
Pérdida de seres queridos, memorias compartidas e identidad comunitaria.

EROSIÓN DEL CAPITAL SOCIAL COMUNITARIO
Debilitamiento de la confianza, cohesión y redes de apoyo.

EJEMPLOS EN GRANDES CATÁSTROFES (RANGOS REPORTADOS)

TERREMOTOS
20% – 50%

TSUNAMIS
30% – 50%

HURACANES
20% – 40%

INUNDACIONES
20% – 45%

INCENDIOS FORESTALES
15% – 35%

El problema es global, transversal y persistente: afecta a individuos, familias y comunidades enteras, con efectos que pueden durar años o décadas.

“ La evidencia es clara: la salud mental es parte central de la respuesta a las catástrofes. Ignorarla multiplica el sufrimiento y frena la recuperación. ”

Fuentes: Neria, Y. et al., 2008; Ahern, J. et al., 2005; Elklit, A. et al., 2010; Ventevogel, P. et al., 2015; WHO, 2022.



2.2. LAS SECUELAS MÁS FRECUENTES

PhD. Rafael Ruiz Calatrava

Rafael Ruiz Calatrava

Las catástrofes naturales dejan heridas visibles... y muchas otras que no se ven, pero duelen igual o más.



1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El TEPT se caracteriza por la **reexperimentación** involuntaria del evento —imágenes intrusivas, pesadillas, reacciones fisiológicas ante recordatorios—, la **evitación** de estímulos asociados, **alteraciones** cognitivas y del estado de ánimo, e **hiperactivación** autonómica.



TSUNAMI

Un sobreviviente puede revivir el rugido del agua cada vez que escucha el mar.



INCENDIO

Un damnificado puede experimentar crisis de pánico ante el olor a humo.



INUNDACIÓN

Una persona que perdió su hogar puede desarrollar una fobia incapacitante a la lluvia.



2. DEPRESIÓN MAYOR

Constituye el otro gran fantasma post-catástrofe.

El duelo por los seres queridos fallecidos, la pérdida del hogar, del empleo, de los objetos con valor sentimental y del proyecto de vida configuran un cuadro de **pérdida múltiple** que puede derivar en **depresión grave**, a menudo acompañada de **ideación suicida**.



PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS



PÉRDIDA DEL HOGAR



PÉRDIDA DEL EMPLEO



PÉRDIDA DE OBJETOS CON VALOR SENTIMENTAL



PÉRDIDA DEL PROYECTO DE VIDA



3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA, CRISIS DE PÁNICO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Los trastornos de **ansiedad generalizada**, las **crisis de pánico** y el **abuso de sustancias** —alcohol, benzodiazepinas— como estrategia de automedicación completan el cuadro más frecuentemente reportado.

ANSIEDAD GENERALIZADA



Preocupación constante, tensión, irritabilidad, fatiga y dificultad para concentrarse.

CRISIS DE PÁNICO



Episodios súbitos de miedo intenso, taquicardia, dificultad para respirar y sensación de morir.

ABUSO DE SUSTANCIAS



Consumo de alcohol, benzodiazepinas u otras sustancias para adormecer el dolor emocional, aumentando la dependencia y los riesgos para la salud.



EN RESUMEN



El impacto psicológico de las catástrofes es complejo, prolongado y multifactorial.



Reconocer y atender estas secuelas es tan urgente como reconstruir casas, escuelas o carreteras.



LA RECUPERACIÓN VERDADERA COMIENZA CUANDO TAMBIÉN SANAMOS POR DENTRO.



2.3. GRUPOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

El impacto psicológico no es uniforme. Existen grupos con **vulnerabilidad incrementada**:

PhD. Rafael Ruiz Calatrava
Rafael Ruiz Calatrava



1. NIÑOS Y NIÑAS

Pueden manifestar el trauma mediante **juego repetitivo**, **regresiones evolutivas** y **ansiedad de separación**.



Dificultad para comprender lo sucedido.



Pesadillas y trastornos del sueño.



Cambios en el comportamiento (irritabilidad, retraimiento, llanto frecuente).



Mayor necesidad de apego y seguridad.



2. ADULTOS MAYORES

Pierden sus **redes de apoyo** y su **entorno** de toda la vida.



Aislamiento social y pérdida de vínculos significativos.



Duelo por pérdidas múltiples: personas, hogar, recuerdos.



Mayor riesgo de depresión, deterioro cognitivo y problemas de salud física.



Necesidad de apoyo psicosocial y acompañamiento sostenido.



3. MUJERES

Reportan consistentemente tasas más altas de **TEPT** y **depresión** debido a factores de exposición diferencial, **roles de cuidado** y **desigualdades estructurales** previas.



Mayor carga de responsabilidades de cuidado antes, durante y después del desastre.



Mayor exposición a violencia de género y riesgos de seguridad.



Mayores barreras de acceso a recursos, apoyo y recuperación económica.



Síntomas persistentes de TEPT, depresión y ansiedad.



4. PERSONAS CON NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO, PERTENECIENTES A MINORÍAS ÉTNICAS, EN CONDICIÓN DE MIGRANTE O CON EXPOSICIÓN A TRAUMAS PREVIOS

Enfrentan un **riesgo** significativamente **agravado**.



Menor acceso a recursos materiales, educativos y de salud mental.



Discriminación, exclusión social y racismo estructural.



Acumulación de desventajas y experiencias traumáticas previas.



Mayor severidad y cronicidad de los trastornos psicológicos.

¿POR QUÉ SON MÁS VULNERABLES?



Mayor exposición al evento traumático



Menor resiliencia psicosocial



Menor acceso a recursos y apoyo especializado



Desigualdades estructurales que limitan la recuperación

“ La vulnerabilidad no es una debilidad individual, sino el resultado de contextos de riesgo e injusticia. ”



Identificar a estos grupos y actuar de manera diferenciada es clave para una respuesta psicológica **efectiva, equitativa y humana** ante los desastres.



2.4. LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES

El sufrimiento psíquico no depende solo del evento, **sino también del contexto social en que ocurre y se prolonga.**

PhD. Rafael Ruiz Calatrava
Rafael Ruiz Calatrava



Pero más allá de los factores individuales, la investigación ha identificado **determinantes psicosociales cruciales**. La **magnitud de la exposición** —proximidad al epicentro, grado de destrucción, número de pérdidas— es un predictor potente, pero no el único.



El impacto psicológico es el resultado de la interacción entre el **evento**, las **condiciones sociales** y las **respuestas institucionales y comunitarias**.



1. MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN (PREDICTOR PRINCIPAL, PERO NO ÚNICO)



Proximidad al epicentro
Cuanto más cerca, mayor impacto emocional.



Grado de destrucción
A mayor devastación del entorno, mayor riesgo psicológico.



Número de pérdidas
Pérdida de seres queridos, hogar, empleo, bienes y proyectos de vida.



Exposición directa e indirecta
Ver, vivir o presenciar el desastre aumenta el riesgo.



La intensidad y duración de la exposición moldean la gravedad y cronicidad del malestar.



2. FACTORES QUE CRONIFICAN EL MALESTAR



Desplazamiento forzado
Ruptura del arraigo y desorientación vital.



Permanencia prolongada en albergues masificados
Hacinamiento, falta de privacidad y estrés continuo.



Pérdida de la comunidad de referencia
Se rompen redes de apoyo y pertenencia.



Interrupción de las rutinas cotidianas
Pérdida de estructuras que dan sentido y estabilidad.



Estos factores prolongan la activación del estrés y dificultan la recuperación natural.

3. FACTORES QUE ALIMENTAN LA DESESPERANZA



Percepción de abandono institucional
Sentirse olvidado aumenta la angustia y la rabia.



Lentitud en la reconstrucción
La espera interminable erosiona la esperanza y la confianza.



Ausencia de justicia restaurativa
Impunidad y falta de reparación profundizan el sufrimiento colectivo.



La desesperanza aprendida es uno de los mayores obstáculos para la recuperación psicosocial.

EN RESUMEN



EL EVENTO

Desastre natural (intensidad, duración, impacto).



CONDICIONES SOCIALES

Vulnerabilidad previa, desigualdad, exclusión, pobreza.



RESPUESTAS INSTITUCIONALES

Calidad, rapidez, transparencia y participación.



RESULTADO PSICOSOCIAL

Desde resiliencia y recuperación hasta trauma crónico.

“Comprender estos determinantes es esencial para diseñar intervenciones efectivas, equitativas y sostenibles tras las catástrofes.”



La salud mental post-catástrofe se construye tanto con atención psicológica como con **justicia social, reconstrucción digna y comunidades cohesionadas.**

3. LA ESPECIFICIDAD DEL TRAUMA SEGÚN EL TIPO DE CATÁSTROFE

Si bien existen patrones comunes, cada tipo de catástrofe natural imprime características particulares en la experiencia traumática:



TERREMOTOS



Por su carácter súbito e impredecible, generan un terror agudo vinculado a la traición de la tierra firme. La imposibilidad de anticipación anula cualquier sensación de control y puede dejar una huella de hipervigilancia crónica ante cualquier vibración.



TSUNAMIS



Añaden una dimensión de persecución: el agua que todo lo arrasa y de la que es imposible escapar.



INCENDIOS FORESTALES



Cada vez más frecuentes e intensos debido al cambio climático, combinan la amenaza inmediata de las llamas con la destrucción progresiva del paisaje, generando un trauma vinculado a la pérdida del entorno natural y a la contaminación del aire que se respira.



ERUPCIONES VOLCÁNICAS



Introducen la amenaza de la ceniza, los flujos piroclásticos y los lahares, a menudo con evacuaciones masivas y un retorno incierto.



DANAS E INUNDACIONES REPENTINAS



Confrontan a las comunidades con la fuerza incontrolable del agua y el lodo, que penetra en los hogares y destruye posesiones íntimas, dejando tras de sí una sensación de violación del espacio seguro.



TODOS ESTOS ESCENARIOS COMPARTEN UN ELEMENTO CENTRAL:
LA RUPTURA DEL VÍNCULO ENTRE LA PERSONA Y SU ENTORNO DE VIDA.



La casa destruida no es solo una estructura material; es el continente de la memoria familiar, el lugar donde se despliegan los rituales cotidianos que sostienen la identidad.



La comunidad arrasada no es solo un conjunto de edificios; es una red de relaciones, de apoyo mutuo, de significados compartidos.



PhD. Rafael Ruiz Calatrava

4. LA PSICOSOCIOLOGÍA COMO MARCO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL

4.1. ¿POR QUÉ LA PSICOSOCIOLOGÍA?



- Los modelos exclusivamente biomédicos o clínico-individuales han mostrado sus limitaciones.
- La psicoterapia individual no puede, por sí sola, restaurar el tejido social desgarrado ni devolver el sentido de pertenencia a una comunidad que ha perdido su territorio de vida.

➔ Se requiere un cambio de paradigma que sitúe la intervención en el cruce entre lo psicológico y lo social.



4.2. EL CONCEPTO DE TRAUMA PSICOSOCIAL



Ignacio Martín-Baró, figura central de la psicología social latinoamericana, desarrolló el concepto de trauma psicosocial para referirse a aquel que tiene un carácter histórico, dialéctico y tendente a la cronificación cuando las condiciones sociales que lo generaron persisten.

Aplicado al contexto de catástrofes naturales, este enfoque implica reconocer que el sufrimiento psicológico de los damnificados no es solo una reacción individual al evento traumático, sino también una consecuencia de:



La desestructuración social



La pérdida de redes de apoyo



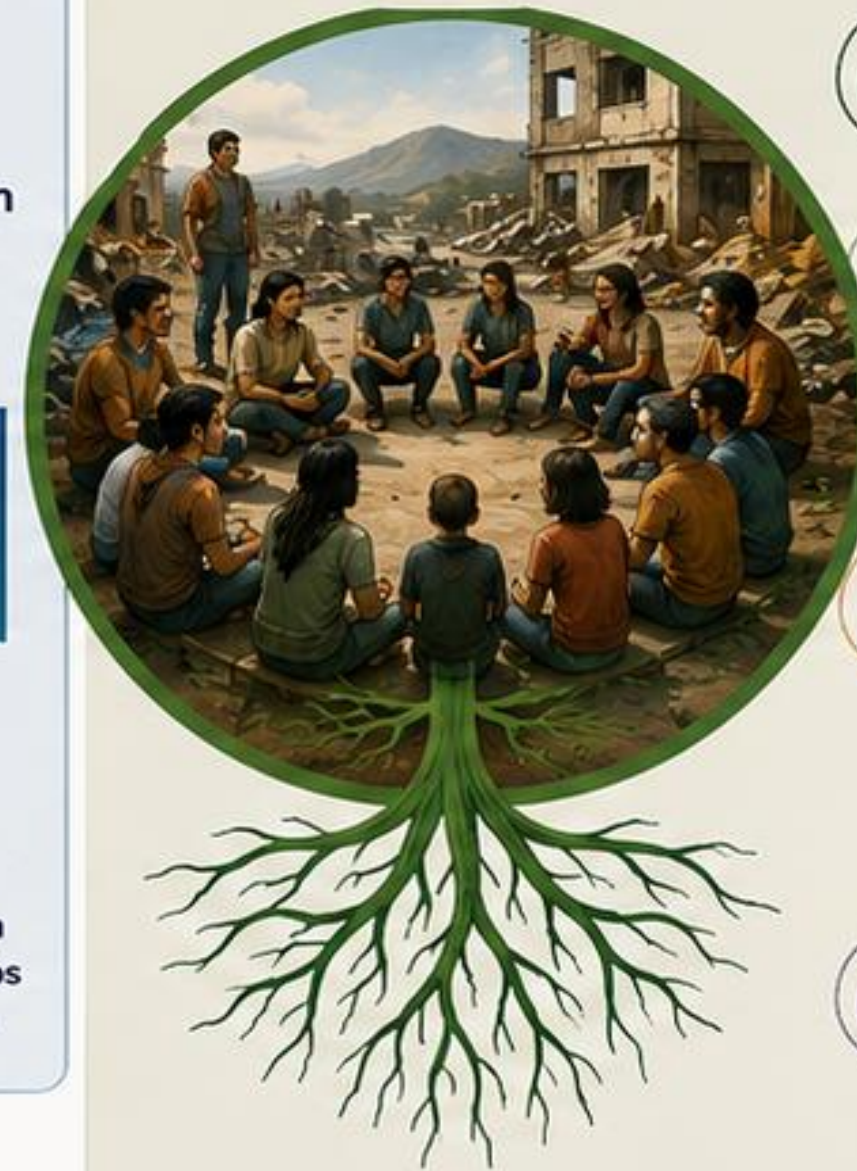
La precariedad de la respuesta institucional



La desigualdad en el acceso a recursos de recuperación

4.3. LOS CUATRO PILARES DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIOLOGICA

La intervención psicosociológica se distingue del modelo clínico tradicional en varios aspectos:



1 Desplaza el foco del individuo a la comunidad como sujeto de la intervención.



2 No se limita a la reparación del daño, sino que busca potenciar los recursos propios de los grupos sociales para afrontar la adversidad —lo que denominamos fortalecimiento comunitario.



3 Asume un posicionamiento ético: el profesional no es un experto que interviene verticalmente sobre una población pasiva, sino un facilitador de procesos colectivos que reconoce el saber y la agencia de los propios afectados.



4 Incorpora la dimensión política: la salud mental post-catástrofe no puede desligarse de la lucha por condiciones de vida dignas, de la exigencia de rendición de cuentas a las instituciones y de la participación de los damnificados en las decisiones que afectan su reconstrucción.

LA PSICOSOCIOLOGÍA RECONOCE QUE LA SALUD MENTAL POST-CATÁSTROFE ES UN PROCESO COLECTIVO, HISTÓRICO Y POLÍTICO, QUE SE CONSTRUYE CON LAS PERSONAS, NO PARA LAS PERSONAS.



LA CATÁSTROFE DESTRUYE

- Vidas
- Hogares
- Comunidades
- Sentidos compartidos



LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL RECONSTRUYE

- Vinculos
- Confianza
- Participación
- Esperanza



EL FORTALECIMIENTO COMUNITARIO TRANSFORMA

- Dolor en acción colectiva
- Pérdida en resiliencia
- Destrucción en futuro compartido



LA COMUNIDAD RECUPERA SU PROYECTO DE VIDA

- Con dignidad
- Con justicia
- Con memoria
- Con participación activa



PhD. Rafael Ruiz Calatrava



4.1.

¿POR QUÉ LA PSICOSOCIOLOGÍA?

Rafael Ruiz Calatrava

Un cambio de paradigma para sanar más allá de la herida individual

Las limitaciones del enfoque tradicional

Frente a esta realidad, los modelos de intervención exclusivamente biomédicos o clínico-individuales han mostrado **sus limitaciones**.



La **psicoterapia individual** no puede, por sí sola:

- ✗ Restaurar el tejido social desgarrado.
- ✗ Devolver el sentido de pertenencia.
- ✗ Reconstruir una comunidad que ha perdido su territorio de vida.

Se requiere un cambio de paradigma que sitúe la intervención en el cruce entre lo **psicológico** y lo **social**.



La mirada psicosociológica

La psicosociología, como disciplina que estudia las interacciones entre los procesos psíquicos y las dinámicas colectivas, ofrece un marco conceptual y operativo especialmente pertinente para diseñar:



Respuestas integrales



Culturalmente sensibles



Éticamente responsables



Enfoque biomédico / clínico-individual

VS

Enfoque psicosociológico



Centrada en el individuo y el diagnóstico



Integra individuo, comunidad y contexto



Foco en el síntoma



Foco en el sentido, el vínculo y la resiliencia colectiva



Tratamiento aislado



Intervención comunitaria y trabajo en red



Perspectiva cortoplacista



Recuperación sostenida y transformadora



¿Qué aporta la psicosociología?



Comprende el sufrimiento como fenómeno individual y colectivo



Fortalece el tejido social y el capital comunitario



Restituye la identidad y el sentido de pertenencia



Impulsa la participación activa de las personas afectadas



Genera procesos de reconstrucción más humanos, justos y solidarios

Principios de la intervención psicosociológica



Enfoque comunitario y participativo



Respeto a la diversidad cultural



Atención prioritaria a los más vulnerables



Coordinación interinstitucional y trabajo en red



Prevención, acompañamiento y reconstrucción del proyecto de vida

4.2. EL CONCEPTO DE TRAUMA PSICOSOCIAL



IGNACIO MARTÍN-BARÓ
Figura central de la psicología social latinoamericana, desarrolló el concepto de **trauma psicosocial** para referirse a aquel que tiene un **carácter histórico, dialéctico y tendente a la cronificación** cuando las condiciones sociales que lo generaron persisten.



“ No es solo lo que pasa en la mente de las personas, sino lo que pasa entre las personas y en la sociedad. ”
Ignacio Martín-Baró



Aplicado al contexto de catástrofes naturales, este enfoque implica reconocer que el sufrimiento psicológico de los damnificados **no es solo una reacción individual** al evento traumático, sino también una consecuencia de la **desestructuración social, la pérdida de redes de apoyo, la precariedad de la respuesta institucional y la desigualdad en el acceso a recursos de recuperación.**



CARACTERÍSTICAS DEL TRAUMA PSICOSOCIAL

- HISTÓRICO:** se origina en procesos sociales previos y se inscribe en una historia colectiva.
- DIALÉCTICO:** surge de la interacción entre el evento traumático y las condiciones sociales existentes.
- TENDENTE A LA CRONIFICACIÓN:** persiste mientras las condiciones que lo generaron no se transformen.
- COLECTIVO:** afecta a personas, grupos y comunidades, no solo a individuos.

¿QUÉ FACTORES FAVORECEN LA CRONIFICACIÓN DEL TRAUMA PSICOSOCIAL?

 Desestructuración del tejido social	 Pérdida de redes de apoyo	 Precariedad de la respuesta institucional	 Desigualdad en el acceso a recursos de recuperación	 Ausencia de reconocimiento y reparación simbólica	 Continuidad de las condiciones de exclusión y pobreza
Se rompen los vínculos comunitarios y las redes de solidaridad.	Aislamiento, soledad y debilitamiento del apoyo mutuo.	Respuestas tardías, insuficientes o descoordinadas.	Recuperación desigual profundiza injusticias y resentimientos.	No validar el sufrimiento impide elaborar el duelo colectivo.	Mientras persistan, el trauma se reactiva y se transmite.

CONSECUENCIAS DEL TRAUMA PSICOSOCIAL

- Sufrimiento individual y colectivo prolongado.
- Mayor riesgo de trastornos mentales y físicos.
- Desconfianza social y fragmentación comunitaria.
- Dificultades para el desarrollo y la reconstrucción sostenible.
- Transmisión intergeneracional del trauma.

4.3. LOS CUATRO PILARES DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIOLOGICA

PhD. Rafael Ruiz Calatrava



La intervención psicosociológica se distingue del modelo clínico tradicional en varios aspectos:



“ La salud mental no se reconstruye solo en la mente de las personas, se reconstruye en el tejido vivo de la comunidad. ”

1 DESPLAZA EL FOCO DEL INDIVIDUO A LA COMUNIDAD COMO SUJETO DE LA INTERVENCIÓN.



La comunidad no es un conjunto de individuos afectados, sino un sujeto colectivo con historia, cultura, vínculos y capacidades.

La intervención fortalece los lazos sociales, la solidaridad y el sentido de pertenencia.



2 NO SE LIMITA A LA REPARACIÓN DEL DAÑO, SINO QUE BUSCA POTENCIAR LOS RECURSOS PROPIOS DE LOS GRUPOS SOCIALES PARA AFRONTAR LA ADVERSIDAD.



El objetivo no es solo “volver a como estábamos”, sino fortalecer lo que somos y lo que podemos ser.

Esto es lo que denominamos fortalecimiento comunitario.



3 ASUME UN POSICIONAMIENTO ÉTICO: EL PROFESIONAL NO ES UN EXPERTO QUE INTERVIENE VERTICALMENTE SOBRE UNA POBLACIÓN PASIVA, SINO UN FACILITADOR DE PROCESOS COLECTIVOS QUE RECONOCE EL SABER Y LA AGENCIA DE LOS PROPIOS AFECTADOS.



Se trabaja “con” las personas, no “para” ellas. Se reconoce su experiencia, su voz y su capacidad de tomar decisiones sobre su propio proceso de recuperación.



4 INCORPORA LA DIMENSIÓN POLÍTICA: LA SALUD MENTAL POST-CATÁSTROFE NO PUEDE DESLIGARSE DE LA LUCHA POR CONDICIONES DE VIDA DIGNAS, DE LA EXIGENCIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LAS INSTITUCIONES Y DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS DAMNIFICADOS EN LAS DECISIONES QUE AFECTAN SU RECONSTRUCCIÓN.



La recuperación psicológica y social requiere justicia, participación y transformación de las condiciones que generaron vulnerabilidad y sufrimiento.



INTERVENIR ES MÁS QUE ASISTIR: ES ACOMPAÑAR, FORTALECER, EMPODERAR Y TRANSFORMAR.

Los cuatro pilares se integran para promover comunidades resilientes, participativas y capaces de construir un futuro con sentido y esperanza.





5. Propuesta de intervención psicosociológica en grandes catástrofes

A partir del marco expuesto, propongo un modelo de atención integral articulado en cinco ejes, que abarcan desde la respuesta inmediata hasta la reconstrucción a largo plazo.

1 Respuesta inmediata y contención psicosocial



- Atención psicológica de urgencia.
- Primeros auxilios emocionales (PAP).
- Información clara y veraz.
- Apoyo en necesidades básicas.
- Activación de redes de apoyo vecinales y familiares.

2 Evaluación y detección de necesidades



- Valoración del impacto psicológico y social.
- Identificación de grupos de mayor vulnerabilidad (niños, mayores, personas con discapacidad, etc.).
- Mapeo de recursos y capacidades comunitarias.

3 Intervención comunitaria y fortalecimiento de recursos



- Apoyo a la cohesión social y al tejido comunitario.
- Promoción de la participación activa.
- Desarrollo de habilidades de afrontamiento y resiliencia.
- Reforzamiento de redes de apoyo formal e informal.

4 Rehabilitación y acompañamiento a medio plazo



- Tratamiento psicológico especializado (cuando sea necesario).
- Reincorporación a la vida social, laboral y educativa.
- Apoyo a la recuperación económica y del entorno.
- Prevención de problemas crónicos (TEPT, depresión, ansiedad).

5 Reconstrucción y resiliencia a largo plazo



- Recuperación del proyecto de vida y de la normalidad cotidiana.
- Fortalecimiento de la resiliencia individual y colectiva.
- Mejora de la seguridad y la planificación territorial.
- Construcción de comunidades más preparadas y cohesionadas frente a futuros riesgos.



DE LA EMERGENCIA...

A LA RECUPERACIÓN, LA RESILIENCIA Y UN FUTURO MÁS SEGURO



5.1.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS CON ENFOQUE COMUNITARIO

En la fase aguda, la prioridad es **estabilizar emocionalmente** a los sobrevivientes y reconectarlos con sus redes de apoyo. Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) no son una terapia, sino un **acompañamiento humano** que busca escuchar activamente, atender necesidades básicas, facilitar la reunificación familiar y proteger de daños adicionales.

La psicología enriquece esta práctica al insistir en que los PAP deben ser brindados, siempre que sea posible, por **agentes comunitarios locales** previamente capacitados y supervisados, y no exclusivamente por equipos externos. Los **lazos de confianza preexistentes** son el vehículo más eficaz para la contención emocional inmediata.

PRINCIPIOS CLAVE DE LOS PAP CON ENFOQUE COMUNITARIO



ESCUCHAR CON EMPATÍA

Escucha activa sin presionar ni juzgar. Permite que la persona exprese lo que siente y necesita.



GARANTIZAR SEGURIDAD Y NECESIDADES BÁSICAS

Asegurar agua, alimentos, abrigo, atención médica y un entorno seguro.



FACILITAR LA REUNIFICACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

Apoyar la búsqueda de familiares y la reconexión con redes de apoyo significativas.



PROTEGER DE DAÑOS ADICIONALES

Prevenir la revictimización, la exposición innecesaria a imágenes o relatos traumáticos y la desinformación.



FORTALECER LOS RECURSOS COMUNITARIOS

Mobilizar capacidades y saberes locales para afrontar la crisis de manera solidaria.



RESPECTAR LA CULTURA Y DIGNIDAD

Reconocer valores, creencias y prácticas locales. La ayuda debe ser pertinente y respetuosa.



COMUNICACIÓN CERCANA Y EFICAZ



CONOCIMIENTO DEL CONTEXTO LOCAL



CONFIANZA PREEXISTENTE



IDENTIDAD Y PERTENENCIA



SOLIDARIDAD Y APOYO MUTUO



LA COMUNIDAD COMO PRIMER Y MEJOR RESPONSOR



¿QUÉ SON LOS PAP?

- ✓ Apoyo humano práctico y compasivo.
- ✓ Respuesta inicial en situaciones de crisis.
- ✓ Basados en la dignidad, la cultura y la seguridad.
- ✓ Promueven la autonomía y la recuperación natural.



¿QUÉ NO SON LOS PAP?

- ✗ No son psicoterapia ni tratamiento clínico.
- ✗ No buscan analizar el trauma en profundidad.
- ✗ No sustituyen la atención especializada cuando se requiere.
- ✗ No imponen soluciones ni consejos.



SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN PAP COMUNITARIO



1. ACERCAMIENTO SEGURO

Presentarse, evaluar el contexto y riesgos.



2. ESCUCHAR Y CONECTAR

Escucha activa, validar emociones.



3. ATENDER NECESIDADES INMEDIATAS

Cubrir necesidades básicas y seguridad.



4. CONECTAR CON REDES DE APOYO

Facilitar reunificación familiar y apoyo social.



5. INFORMAR Y EMPODERAR

Brindar información clara y útil.



6. PROMOVER LA RECUPERACIÓN COMUNITARIA

Fomentar esperanza, participación y resiliencia.



EN LA CRISIS, LA COMUNIDAD ES EL PRIMER ESCUDO SOLIDARIO Y EL MEJOR LUGAR PARA SANAR.



PhD Rafael Ruiz Calatrava
Psicosociología de las Catástrofes
Intervención, comunidad y resiliencia



5.2. ESPACIOS GRUPALES DE APOYO MUTUO Y RECONSTRUCCIÓN DEL TEJIDO SOCIAL



Superada la emergencia inmediata, es fundamental facilitar espacios grupales donde los afectados puedan **compartir sus experiencias, validar sus emociones y reconstruir un sentido de pertenencia colectiva.**



Los grupos de apoyo mutuo, los conversatorios comunitarios y los círculos de palabra son dispositivos de probada eficacia.



La experiencia del terremoto del Eje Cafetero colombiano (1999), donde mujeres damnificadas se organizaron en torno a ollas comunes y redes de cuidado infantil, ilustra cómo estos espacios no solo **alivian el malestar emocional**, sino que también generan **estrategias colectivas afrontamiento y recuperación.**

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES ESTOS ESPACIOS?



VALIDAN EMOCIONES

Permiten expresar el dolor, el miedo y la incertidumbre sin juicio.



FORTALECEN VÍNCULOS

Reconstruyen la confianza y el sentido de comunidad.



GENERAN APRENDIZAJES COLECTIVOS

Compartir experiencias crea conocimiento útil para afrontar futuros desafíos.



PROMUEVEN SOLIDARIDAD Y APOYO MUTUO

Nacen redes de apoyo que sostienen en el tiempo.



REACTIVAN EL TEJIDO SOCIAL

Recuperan la participación y el protagonismo de la comunidad.

CÍRCULOS DE PALABRA Y CONVERSATORIOS COMUNITARIOS



ESCUCHA ACTIVA



RESPECTO Y EMPATÍA



PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA



CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA

EJEMPLOS DE ESPACIOS GRUPALES



GRUPOS DE APOYO MUTUO

Personas con experiencias similares se reúnen para acompañarse y apoyarse mutuamente.



CONVERSATORIOS COMUNITARIOS

Espacios abiertos para dialogar sobre lo vivido, compartir necesidades e ideas de solución.



CÍRCULOS DE PALABRA

Metodología ancestral y participativa que promueve la escucha, la palabra y el respeto.

EXPERIENCIA: TERREMOTO DEL EJE CAFETERO COLOMBIANO (1999)



- ✓ Las mujeres damnificadas se organizaron en ollas comunes y redes de cuidado infantil.
- ✓ Estos espacios cubrieron necesidades básicas y crearon lazos de confianza.
- ✓ Se convirtieron en escuelas de liderazgo, solidaridad y gestión comunitaria.
- ✓ Permitieron transformar el dolor en acción colectiva y esperanza.
- ✓ El resultado: comunidades más fuertes, cohesionadas y resilientes.

¿CÓMO FACILITAR ESTOS ESPACIOS?



Facilitación desde la comunidad: promover liderazgos locales y participativos.



Metodologías sencillas y culturales: adaptadas a la realidad y a las costumbres locales.



Regularidad y continuidad: encuentros periódicos para dar seguimiento y sostener los procesos.



Articulación con otros apoyos: conectar con servicios, recursos y oportunidades.



Cuando nos reunimos, compartimos y nos cuidamos, transformamos el sufrimiento en fuerza colectiva y reconstruimos el presente para un mejor futuro.



DEL AISLAMIENTO



AL DIÁLOGO



DE LA FRAGILIDAD



A LA SOLIDARIDAD



DESTRUCCIÓN



RECONSTRUCCIÓN JUNTOS



PhD. Rafael Ruiz Calatrava
Psicosociología de las Catástrofes
Intervención, comunidad y resiliencia



5.3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BREVES, ESCALABLES Y CULTURALMENTE ADAPTADAS



Para quienes desarrollan cuadros clínicos persistentes, es necesario disponer de intervenciones psicológicas basadas en evidencia, pero adaptadas al contexto post-catástrofe.



Los protocolos breves de **terapia cognitivo-conductual para trauma**, la **terapia de procesamiento cognitivo** y la **EMDR** han mostrado eficacia.



Sin embargo, garantizar la cobertura masiva que exige una catástrofe requiere implementar el modelo de **task-shifting o delegación de tareas**: capacitar a personal no especializado — médicos, enfermeras, trabajadores sociales, agentes comunitarios— para aplicar estos protocolos bajo supervisión especializada.



La **adaptación cultural** debe ir más allá de la traducción lingüística: implica incorporar las narrativas locales sobre el sufrimiento y la sanación, respetando las cosmovisiones de cada comunidad.

INTERVENCIONES BASADAS EN EVIDENCIA, BREVES Y EFICACES

TCC PARA TRAUMA (PROTOCOLOS BREVES)



- Identificación de pensamientos disfuncionales.
- Reestructuración cognitiva.
- Exposición gradual y segura a recuerdos traumáticos.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

🕒 4-8 SESIONES

TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO (TPC)



- Revisión y modificación de creencias negativas sobre el trauma.
- Procesamiento del significado del evento.
- Integración del trauma en la historia de vida.

🕒 8-12 SESIONES

EMDR (TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES)



- Estimulación bilateral.
- Reprocesamiento de recuerdos traumáticos.
- Reducción del malestar emocional.

🕒 3-6 SESIONES

✓ EFICACES, BREVES, ADAPTABLES Y APLICABLES EN CONTEXTOS POST-CATÁSTROFE

MODELO DE TASK-SHIFTING: DELEGACIÓN DE TAREAS

1. CAPACITACIÓN DE PERSONAL NO ESPECIALIZADO



Formación práctica en protocolos breves basados en evidencia: TCC, TPC, EMDR.

2. APLICACIÓN SUPERVISADA



Aplicación de intervenciones en la comunidad o en centros temporales de atención.

3. SUPERVISIÓN ESPECIALIZADA



Supervisión remota o presencial por psicólogos especializados.

4. COBERTURA MASIVA Y SOSTENIBLE



Mayor alcance, continuidad del cuidado y uso eficiente de recursos.



AGENTE COMUNITARIO

ENFERMERA

MÉDICO

TRABAJADORA SOCIAL

LÍDER COMUNITARIO



PSICÓLOGO ESPECIALISTA (SUPERVISIÓN)



MÁS PERSONAS CAPACITADAS = MÁS PERSONAS ATENDIDAS

ADAPTACIÓN CULTURAL: RESPETAR, INTEGRAR Y SANAR DESDE LO PROPIO



Incorporar narrativas locales sobre el sufrimiento y la sanación.



Reconocer prácticas tradicionales y espirituales de apoyo.



Usar lenguaje y metáforas culturalmente significativas.



Involucrar líderes comunitarios, sabedores y sanadores tradicionales.



La cultura no es un obstáculo, es un recurso terapéutico.



Intervenciones culturalmente adaptadas generan más confianza, participación y resultados sostenibles.

RESULTADOS ESPERADOS



Disminución de síntomas de trauma, depresión y ansiedad.



Mejora del funcionamiento social y familiar.



Fortalecimiento de la resiliencia individual y comunitaria.



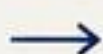
Reconstrucción del tejido social y del sentido de esperanza.



Intervenciones breves, escalables y culturalmente adaptadas permiten transformar el dolor en camino de recuperación y dignidad.



DOLOR Y CONFUSIÓN



ACOMPANIAMIENTO Y CUIDADO



PROCESAMIENTO Y SANACIÓN



RECUPERACIÓN Y ESPERANZA



FUTURO CON SENTIDO



PhD. Rafael Ruiz Calatrava
Psicosociología de las Catástrofes
Intervención, comunidad y resiliencia



5.4. ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO



Ninguna intervención psicológica puede ser plenamente efectiva si los sobrevivientes permanecen en condiciones de hacinamiento, sin medios de subsistencia o sin acceso a servicios básicos.



La psicología sitúa la acción sobre los determinantes sociales en el centro del modelo de atención.



Los profesionales de la salud mental deben ejercer un rol de abogacía e incidencia, exigiendo que las políticas de reconstrucción prioricen la restitución del empleo, el realojo en condiciones dignas, la reapertura de escuelas y la recuperación de espacios públicos de encuentro.



LA LECCIÓN ES CLARA: la recuperación psicológica es indisoluble de la recuperación material, social y simbólica.

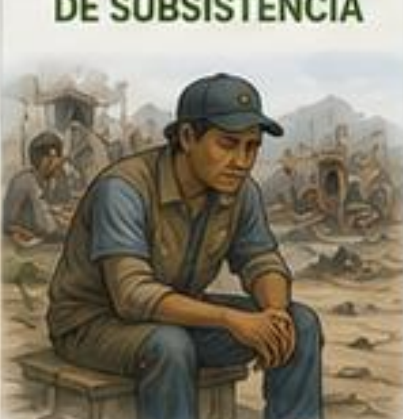
DETERMINANTES SOCIALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL TRAS UNA CATÁSTROFE

VIVIENDA DIGNA



Hacinamiento, pérdida de vivienda o realojos precarios aumentan el estrés y la ansiedad.

EMPLEO Y MEDIOS DE SUBSISTENCIA



La pérdida de ingresos genera desesperanza, inseguridad y deterioro de la autoestima.

SERVICIOS BÁSICOS



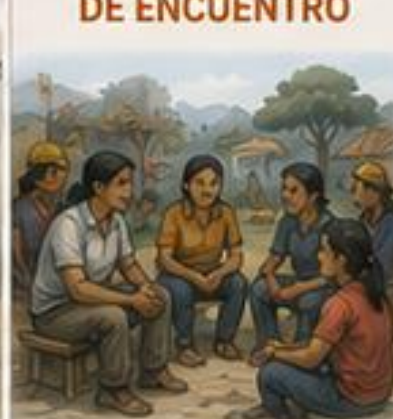
La falta de agua potable, saneamiento, salud y electricidad impacta directamente en el bienestar físico y mental.

EDUCACIÓN



La interrupción escolar afecta la seguridad, el desarrollo y el proyecto de vida.

REDES Y ESPACIOS DE ENCUENTRO



La pérdida de espacios comunitarios debilita el apoyo social y el sentido de pertenencia.

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL



Aumento del estrés crónico y la ansiedad



Mayor riesgo de depresión y TEPT



Desesperanza y desmotivación



Dificultades cognitivas y de concentración



Ruptura del tejido social y del sentido de comunidad

ROL DE ABOGACÍA E INCIDENCIA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL



INCIDIR EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Participar en mesas de decisión para que la salud mental sea una prioridad en la reconstrucción.



EXIGIR ENFOQUE DE DERECHOS

Abogar por el cumplimiento de los derechos humanos y el acceso equitativo a recursos y servicios.



ARTICULAR ALIANZAS

Trabajar con autoridades, organizaciones sociales, academia y cooperación internacional.



MONITOREAR Y EVALUAR

Vigilar que los compromisos se cumplan y se traduzcan en mejoras reales para la población.

PRIORIDADES EN LA RECONSTRUCCIÓN INTEGRAL



REALOJO EN CONDICIONES DIGNAS



RESTITUCIÓN DEL EMPLEO Y MEDIOS DE VIDA



REAPERTURA DE ESCUELAS



RECUPERACIÓN DE ESPACIOS PÚBLICOS



PARTICIPACIÓN COMUNITARIA SIGNIFICATIVA



DE LA ATENCIÓN CLÍNICA AISLADA...



Insuficiente si no cambian las condiciones de vida.

... A LA RECUPERACIÓN INTEGRAL Y COLECTIVA



ATENCIÓN PSICOLÓGICA



CONDICIONES DIGNAS



REDES DE APOYO Y PARTICIPACIÓN



ESPERANZA Y PROYECTOS DE VIDA



BIENESTAR Y RESILIENCIA COLECTIVA



Rafael Ruiz Calatrava
Psicosociología de las Catástrofes
Intervención, comunidad y resiliencia

5.5. RITUALES COLECTIVOS, MEMORIA Y RECONSTRUCCIÓN DEL SENTIDO DE LUGAR

Finalmente, la intervención psicosociológica debe incorporar la **dimensión simbólica del trauma**. Los rituales colectivos de despedida, los monumentos conmemorativos, las ceremonias de purificación o las romerías permiten a las comunidades elaborar colectivamente el duelo y resignificar lo ocurrido.

La reconstrucción del **sentido de lugar** —entendido como el vínculo emocional y simbólico con el territorio— es un objetivo central.

En el volcán Nevado del Ruiz (Colombia) o tras el tsunami del Índico (2004), las comunidades que **participaron activamente** en el diseño y construcción de sus nuevos asentamientos mostraron mejores indicadores de recuperación psicosocial que aquellas que fueron reasentadas pasivamente.

Cuando las comunidades participan activamente en la reconstrucción de su territorio y su memoria, el trauma se transforma en resiliencia colectiva.

LA DIMENSIÓN SIMBÓLICA: ELABORAR, RECORDAR, RESIGNIFICAR

RITUALES COLECTIVOS DE DESPEDIDA



Permiten expresar el dolor, honrar a las víctimas y cerrar ciclos.

MONUMENTOS CONMEMORATIVOS



Mantienen viva la memoria colectiva y reconocen la pérdida.

CEREMONIAS DE PURIFICACIÓN



Simbolizan la limpieza, renovación y el inicio de una nueva etapa.

ROMERÍAS Y PEREGRINACIONES



Fortalecen la fe, la unidad y el sentido compartido de esperanza.

EXPRESIONES CULTURALES Y ARTÍSTICAS



El arte y la cultura ayudan a transformar el dolor en creación y memoria.

RECONSTRUCCIÓN DEL SENTIDO DE LUGAR

Es el vínculo emocional y simbólico con el territorio, sus paisajes, su gente, su historia y sus prácticas.



TERRITORIO
Espacio físico y ambiente



COMUNIDAD
Lazos sociales y pertenencia



MEMORIA
Historias, valores y tradiciones



PROYECTO COMPARTIDO
Visión de futuro y esperanza



SENTIDO DE LUGAR
Bienestar, identidad y arraigo



Recuperar el sentido de lugar es recuperar la dignidad, la identidad y la esperanza de un futuro posible en el propio territorio.

COMUNIDADES QUE PARTICIPAN ACTIVAMENTE EN EL DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN

VOLCÁN NEVADO DEL RUIZ (COLOMBIA, 1985)



- ✓ Participación en el diseño de nuevos asentamientos.
- ✓ Reconstrucción del tejido social.
- ✓ Mayor sentido de pertenencia.
- ✓ Mejores indicadores de salud mental y cohesión.

TSUNAMI DEL ÍNDICO (2004)



- ✓ Comunidades involucradas en decisiones.
- ✓ Preservación de redes sociales y culturales.
- ✓ Mayor resiliencia psicosocial.
- ✓ Recuperación más rápida y sostenible.

VS.

COMUNIDADES REASENTADAS PASIVAMENTE POR DECISIÓN EXTERNA

REASENTAMIENTO PASIVO (DECISIÓN EXTERNA)



- ✗ Imposición de lugares y diseños.
- ✗ Ruptura de redes sociales y culturales.
- ✗ Pérdida del sentido de pertenencia.
- ✗ Peores indicadores de salud mental.

CONSECUENCIAS FRECUENTES



- ✗ Desarraigo y fragmentación comunitaria.
- ✗ Conflictos y desconfianza.
- ✗ Sentimiento de pérdida y abandono.
- ✗ Mayor vulnerabilidad y malestar psicosocial.

CLAVES PARA LA RECONSTRUCCIÓN CON SENTIDO



RUTA PSICOSOCIAL DE SIGNIFICADO Y RECONSTRUCCIÓN



RECONOCER EL DOLOR



DAR LUGAR A LA MEMORIA



COMPARTIR Y ELABORAR JUNTOS



RECONSTRUIR EL TERRITORIO



RENOVAR EL SENTIDO DE PERTENENCIA



FORTALECER LA RESILIENCIA Y EL BIENESTAR COLECTIVO



PhD Rafael Ruiz Calatrava
Psicosociología de las Catástrofes
Intervención, comunidad y resiliencia

6. CONCLUSIÓN



SISMOS



TSUNAMIS



ERUPCIONES
VOLCÁNICAS



INUNDACIONES



INCENDIOS
FORESTALES

LAS CATÁSTROFES
DESTRUYEN MÁS QUE
LO MATERIAL:
ROMPEN VIDAS,
VÍNCULOS Y SENTIDOS.



Las grandes catástrofes naturales —sismos, tsunamis, erupciones volcánicas, inundaciones, incendios forestales— no son solo eventos geofísicos o meteorológicos. Son crisis humanas totales que desgarran el psiquismo individual y el tejido colectivo.



El sufrimiento psicológico que generan no puede ser entendido ni aliviado desde una mirada exclusivamente clínica que patologiza el malestar y lo aísla de su contexto social.



La evidencia acumulada en décadas de investigación muestra que la recuperación psicológica depende tanto de la atención especializada como de la reconstrucción de los vínculos comunitarios, la restitución del sentido de lugar y la transformación de las condiciones estructurales que perpetúan el sufrimiento.



La psicología, al situar su mirada en la intersección entre lo individual y lo colectivo, ofrece un marco integrador para diseñar respuestas que sean, al mismo tiempo, clínicamente eficaces, culturalmente pertinentes y éticamente responsables.



La propuesta que hemos presentado hoy —que articula primeros auxilios psicológicos comunitarios, grupos de apoyo mutuo, intervenciones breves escalables, abordaje de determinantes sociales y rituales de memoria— no es un ideal inalcanzable, sino un **imperativo de salud pública y de justicia social**.



Los desastres naturales seguirán ocurriendo. Pero la magnitud de su impacto psicológico puede mitigarse si aprendemos a atender, con la misma urgencia y dedicación, las heridas visibles de los cuerpos y las heridas invisibles del alma colectiva.



Reconstruir no es solo
levantar paredes,
es volver a tejer
la esperanza
y el sentido de vida.



ATENDER EL DOLOR PSÍQUICO COLECTIVO NO ES UN LUJO: ES UNA NECESIDAD HUMANA, UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA Y UN COMPROMISO CON LA VIDA.

PhD Rafael Ruiz Calatrava



Salvar vidas
sin desarraigar
a las personas



**Reconstruir
territorios**
sin borrar sus
memorias



**Intervenir
sobre el desastre**
sin convertir la
intervención en
una nueva fuente
de daño

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

PhD Rafael Ruiz Calatrava



Consejo General de
Relaciones Industriales y
Ciencias del Trabajo
<https://cgrict.es>



Universidad
unab

CátedraSST
CÁTEDRA ANDINA INTERNACIONAL



Fundación
Rafael Ruiz Calatrava





Juntos por **Colombia**

SIMPOSIO INTERNACIONAL

Volver a Estar Bien

Bienestar Físico, Trabajo y Recuperación para Seguir Adelante



Una iniciativa de POSITIVA y Fundación
Universitaria Konrad Lorenz al servicio del país

En Alianza con:



GRUPO BICENTENARIO

