

# EXPERIENCIA DE REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD EN CONSULTORÍA PSICOLÓGICA TELEFÓNICA “BIENESTAR PSICOLÓGICO” DURANTE EL PRIMER BROTE DE LA COVID-19

**María Milagros Febles Elejalde**

*Centro de Orientación y Atención Psicológica “Alfonso Bernal del Riesgo” (COAP). Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.*

## Resumen

La reducción de la vulnerabilidad es una de las tareas más importantes de la psicología ante los inevitables peligros ambientales, como el actual virus SARS-CoV-2, que ha provocado la mayor pandemia de los tiempos actuales. En el trabajo se describe una experiencia de atención psicológica telefónica a la población que sirvió para aportar datos sobre vulnerabilidad psicológica, a la vez que observamos la efectividad de este tipo de atención en tiempos de aislamiento. Al final se resumen las valoraciones y aprendizajes que esta experiencia arroja.

**Palabras clave:** Consultoría psicológica telefónica, Vulnerabilidad psicológica, Aislamiento social en la COVID-19.

## Abstract

*The reduction of vulnerability is one of the most important task of Psychology in confrontation of inevitable dangers as current virus SARS-CoV-2, that have provocate the biggest pandemic of actuality. This work describe a experience of psychological telephonic attention to population, that contributed fact about psychological vulnerability, at the same time as we observe the effectivity of this kind of attention in time of isolation. At the end summarizes the assessments and learnings that this experience yields.*

**Keywords:** *Psychological vulnerability, psychological telephonic Emergency services, Social isolation in COVID-19.*

## Introducción

Entre los peligros que amenazan a Cuba se encuentran los peligros sanitarios. Estos son sucesos que interrumpen la vida normal por el peligro de enfermedades infecto-contagiosas, ortopédicas, cardiovasculares, respiratorias, psicológicas y otras y se exceden de la incidencia normal. Es el caso de la COVID 19, provocada por el coronavirus SARS-CoV-2. Ante esta enfermedad la reducción de la vulnerabilidad psicológica se convierte en una de las tareas más importantes del psicólogo. En las situaciones de desastres se altera la relación hombre-ambiente, siendo el medio agresivo con las personas y la comunidad en general, observándose “un comportamiento normal ante una situación anormal”; o

desencadenarse “manifestaciones estreso génicas y hasta psicotraumatizantes”. (Lorenzo *et al.*, 2008:1) Estas consecuencias pueden ser enfermedades mentales y merecen toda la atención de profesionales y especialistas en la materia que ya se estudian cómo abordar estas reacciones antes, durante y después del peligro. El virus mencionado se ha convertido en unos de los peligros más devastadores de la humanidad y ante el cual, nuestro país ha desarrollado todo un programa de enfrentamiento que involucra a todas las instituciones científicas o no científicas. Para la ayuda psicológica a brindar es necesario organizar brigadas con un personal de primera respuesta antes, durante y después de las emergencias. A este personal se le prepara para la implementación de programas de acompañamiento, psicoeducación y otros (Lorenzo y Guerrero, 2017: 260). Lo cierto es que para disminuir la vulnerabilidad que generan los impactos del desastre es necesaria la atención en primeros auxilios psicológicos, apoyo psicológico e incluso la intervención psicológica de los casos más graves. Para ello se pueden acudir a diferentes métodos grupales como el psicodrama, el teatro espontáneo y otros que ha sido imposible aplicar durante la existencia de este peligro por la necesaria medida del aislamiento social.

En el presente trabajo, aclaramos, no se atendieron pacientes de la enfermedad como tal, sino personas que sufrían el aislamiento físico y social, de manera que eso sí observamos los impactos que, no tanto por el virus en sí, sino por el aislamiento físico y social que con el virus se adoptó por el gobierno para resguardar la población del contagio de este virus. El impacto que ocasiona el aislamiento en la población se puede expresar en estrés, alteraciones o cambios psicológicos, síntomas y trastornos cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos que pueden prolongarse en el tiempo interfiriendo la vida familiar, social, laboral, disminuyendo la calidad de vida de las personas. Coincidimos con la crítica que hace Araujo (2015) al enfoque positivista de la mayoría de los análisis en la salud, que deja fuera el concepto de vulnerabilidad, ya que se dedica más al análisis de la probabilidad de ocurrencia del peligro, que a las diferencias sociales (Araujo, 2015:78), y al estudio de sus características y vías para su reducción, conocido que existen las inequidades y desigualdades sociales. Apoyándose en esta idea, se hace necesario reconocer las diferencias en vulnerabilidades y por tanto reducirlas en aquellas personas que no cuentan con la suficiente capacidad o habilidad de adaptarse a los riesgos que el peligro tiene. Las vulnerabilidades que no son más que predisposiciones a sufrir pérdidas o daños en los elementos del medio ambiente expuestos al impacto de un peligro de determinada severidad. La vulnerabilidad psicológica se referiría entonces a pérdidas, daños, y/o cambios en la subjetividad de las personas impactadas. La UNISDR (2009) entiende por vulnerabilidad las características y las circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza. Allí se comenta que existen diversos aspectos de la vulnerabilidad que surgen de varios factores físicos, sociales, económicos y ambientales. Entre los ejemplos se incluyen el diseño inadecuado y la construcción deficiente de los edificios (aspectos estructurales, no estructurales y funcionales), la protección inadecuada de los bienes, la falta de información y de concientización pública, un reconocimiento oficial limitado del riesgo y de las medidas de preparación y la desatención a una gestión ambiental sensata o prudente. La vulnerabilidad varía considerablemente dentro de una comunidad y en el transcurso del tiempo (UNISDR, 2009:34)

Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad psicológica está la poca percepción de riesgo de las personas, las que se observan inversamente proporcionales. La ausencia o poca percepción de riesgo, correlaciona con una alta vulnerabilidad psicológica. Se hace

necesaria la capacitación del personal de salud que asumirá el apoyo psicológico ya que existe baja percepción de riesgo, incluso en estudiantes de medicina.

Se sabe que en tiempos de desastres toda la población se afecta, y si no se atienden a tiempo los signos de miedo, ansiedad y sufrimiento, pueden aumentar junto a la vulnerabilidad psicológica, la morbilidad psiquiátrica que se expresa en problemas psicológicos que requerirán de atención durante un período más largo en el sistema de atención a la salud mental en la comunidad.

Medir el proceso de disminución de la vulnerabilidad en toda su magnitud es imposible, sin embargo pensamos que la epidemia hace factible un acercamiento al conocimiento de esta característica de la subjetividad que se pone de manifiesto en situaciones de peligros y desastres y se expresa en la solicitud de ayuda. Además se considera que este trabajo puede influir en el aumento de la percepción de riesgo y la resiliencia en las personas estudiadas. También es oportunidad de observar la efectividad del método de trabajo, así como observar la reducción de la vulnerabilidad, en aquellas personas que solicitaron el servicio.

Por ello este trabajo se planteó como objetivos:

1. Profundizar en el conocimiento de las manifestaciones de la vulnerabilidad psicológica en una muestra de la población frente a la COVID 19 en el período mayo-julio, a la vez que se brindaba el apoyo necesario a la población que acudía a nuestros servicios.
2. Comprobar la efectividad de la consultoría psicológica telefónica como vía de atención psicológica a la población y método de estudio de la vulnerabilidad psicológica.

### **Importancia del estudio de la vulnerabilidad**

El estudio de la vulnerabilidad psicológica de las personas es muy importante, ya que permite que los efectos del desastre ocurrido sean menores y no creen traumas, molestias y cambios emocionales en el comportamiento tanto a las personas adultas, como a los niños. Disminuir la vulnerabilidad psicológica se ha hecho una tarea no solo del “antes y durante”, sino también del después del desastre, por lo que este trabajo contribuye a aproximarnos a la experiencia de reducción de la vulnerabilidad psicológica de las personas que se afectan durante el peligro, en este caso, el nuevo coronavirus.

¿Qué es la vulnerabilidad y la psicológica en particular?

Para algunos autores la vulnerabilidad se define como la susceptibilidad o la predisposición intrínseca de un elemento o de un sistema a ser afectado gravemente. Es el factor interno del riesgo, debido a que depende de la actividad humana. Otros se refieren a ella como un tipo de vulnerabilidad “subjetiva” que tienen que ver con debilidades, en los órdenes de concientización, la educación o preparación y la organización, la dirección y otros agentes de la sociedad (Castellanos, 2010: 99).

**La vulnerabilidad psicológica es un estado psicológico del individuo o la comunidad que impide, obstaculiza o disminuye la capacidad de prevenir, mitigar o responder a situaciones de peligro.** Nuestro enfoque teórico coincide con lo expresado por Araujo (2015) al considerar la vulnerabilidad como una disposición interna a ser afectado por una amenaza (Araujo, 2015:75), disposición que se adquiere o forma en interrelación con diferentes factores demográficos y de educación. Está conformada por un sistema de factores psicológicos que hacen susceptibles a los individuos de una familia, sector o grupo poblacional a sufrir daño psicológico por el impacto de determinado peligro. Estos factores

vulneran la capacidad de la persona para responder adaptativamente generando gran malestar en la víctima y produciendo síntomas, trastornos y cambios emocionales que agravan la situación. Estos factores pudieran ser de orden personal como antecedentes de eventos traumáticos en la infancia, o durante su vida, rasgos de personalidad previa, como pueden ser los rasgos histeroides, trastornos emocionales y otros. Influyen también la ausencia de un sistema adecuado de apoyo familiar y social, existe además la vulnerabilidad genética constitucional que depende de trastornos mentales, cambios vitales estresantes recientes, dependencia o locus de control externo, toxicomanías previas y otras. Es evidente que la edad como dato demográfico también influye: los niños y ancianos en general, son más vulnerables, al igual que los discapacitados.

Coincidimos con Araujo, en que la vulnerabilidad como disposición interna debe ser reducida en los individuos afectados acometiendo acciones en diferentes áreas, si de preparación y reducción del desastre se trata (Araujo, 2015: 75). Estas áreas son:

- Grado de exposición al peligro.
- Grado de protección.
- Reacción inmediata.
- Recuperación básica.
- Reconstrucción.

En nuestro país existen diferentes grados de exposición al peligro, si de peligros sanitarios se trata. Aún existen barrios con gran hacinamiento, insalubridad por falta de agua y acumulación de desechos sólidos y mucha población con poca percepción de riesgo que expone al peligro. Muy relacionado con la exposición está el grado de protección que también varía desde el punto de vista físico y psicológico, ya que desde el punto de vista sanitario y educativo el gobierno se ha preocupado por los derechos de todos los ciudadanos, pero las condiciones económicas de bloqueo y el debilitamiento del protagonismo en la participación comunitaria, no ha permitido avanzar con la velocidad necesaria en la construcción de viviendas dignas, en la alimentación por igual de toda la comunidad.

En el área de la reacción inmediata también hay diversidad de situaciones, ya que juegan un papel significativo los factores demográficos y personales de edad, sexo, psicológicos como patologías, rasgos de personalidad, experiencia anterior y percepción de riesgo, que no contribuyen a un entorno más saludable, por lo tanto se hace necesario el trabajo profiláctico y psicoeducativo ante peligros y desastres. En la literatura Araujo, (2015) se habla de homeostasis y resiliencia como variables de resistencia ante los peligros lo que se aplica igualmente a la persona vulnerable y pudieran constituir las metas que se pretendieran alcanzar en las etapas de recuperación y reconstrucción del equilibrio subjetivo antes mencionadas (Araujo, 2015:75).

En los “Lineamientos para la salud mental en desastres en Cuba” (2008) se definen como etapas “para la planificación y los momentos precisos del ciclo de reducción de los desastres: prevención, preparativos, respuesta y recuperación” (Lorenzo *et al.*, 2008: 2) y se declara que la etapa de recuperación se divide en dos momentos, rehabilitación y reconstrucción. En todas las etapas participarían activamente las estructuras, no solo de salud pública, sino también el gobierno municipal con sus estructuras correspondientes, hasta los comités de defensa de la revolución (CDR) que con su participación popular

apoyarían las tareas de movilización, rescate y recuperación. En situaciones de emergencia la vulnerabilidad debe ceder en dependencia del afrontamiento que se potencie, del apoyo sanitario y comunitario que se brinde, y en ello un papel lo juegan los primeros auxilios psicológicos, la orientación psicológica e intervenciones en crisis que se puedan hacer durante y después del desastre.

El trabajo profiláctico y psicoeducativo de salud pública en las áreas propuestas, determinará la demora o no en recuperarse la población o persona que muestra pasividad en recuperarse y reconstruirse ante el impacto y el mal ocasionado. El apoyo psicológico que se practique en estas dos últimas etapas del desastre, deberá potenciar los recursos dormidos o nunca evidenciados del individuo o comunidad, con vistas a reducir su vulnerabilidad. El impacto en la subjetividad ante el peligro se afronta y se supera potenciando, fortaleciendo los aspectos afectados en los individuos vulnerables.

Muy relacionada con la característica de vulnerabilidad psicológica está la percepción de riesgo. La percepción de riesgo, desde el punto de vista psicológico, es un proceso del conocimiento de las características y el comportamiento histórico del peligro. Influyen en ella las experiencias personales, creencias, actitudes y las diversas influencias educativas de la sociedad, es decir, la percepción de riesgo no se eleva o disminuye de una semana a otra, ni de un mes a otro; sino que es el resultado de un proceso educativo que es preventivo y exige diferentes tratamientos en función del peligro de que se trate. Estas orientan las decisiones acerca de la aceptabilidad o el rechazo ante los riesgos, además son una influencia determinante sobre los comportamientos responsables y resilientes antes, durante y después de un desastre.

A los fines de las investigaciones que lleva a cabo el Grupo de evaluación de riesgo (PVR, peligro, vulnerabilidad y riesgo) de CITMA, se define la percepción de riesgo como los juicios, actitudes, valores de las personas ante las fuentes de peligro, las cuales pueden ser sobreestimadas o subestimadas. La percepción de riesgo es la disposición de una persona de aceptar o rechazar un suceso peligroso y conducirse en función de ello. En esa disposición pueden influir factores como el sexo, la edad, nivel cultural o educacional, los ingresos familiares, la pertenencia a un grupo religioso o cultural, la experiencia individual, el carácter urbano o rural de la zona de residencia, ubicación geográfica, el clima y la identidad entre otros. La percepción de riesgo puede considerarse una dimensión de la vulnerabilidad psicológica y viceversa, ya que a mayor percepción de riesgo, menor vulnerabilidad psicológica.

También son dimensiones los otros tipos de vulnerabilidad que presentan los individuos, familias y comunidades estudiados. Existen diferentes tipos de vulnerabilidades que es necesario conocer para enfrentar el desafío de crear conciencia y desarrollar proyectos para el desarrollo. Estas son: la vulnerabilidad física que es aquella relativa al ordenamiento territorial, contemplando aspectos como la densidad poblacional, ubicación de asentamientos, diseño y materiales que se utilizan para construir la infraestructura vital y las viviendas, la vulnerabilidad social que es aquella relativa al bienestar de las personas en la sociedad, contemplando aspectos como el grado de alfabetización, el acceso al agua, saneamiento, servicios médicos, equidad de género, equidad social, etcétera (Rodríguez *et al.*, 2010: 14).

También se concibe como el grado en que los factores sociales impiden la capacidad de prevenir, mitigar o responder a situaciones desastres. Aquellas personas o comunidades con desventaja social, son más vulnerables (Araujo, 2015) y su percepción de riesgo por tanto

será inferior. Otra vulnerabilidad es la económica que es la relativa a la situación económica de las personas, comunidades y países, contemplando las reservas económicas, el grado de endeudamiento, acceso a créditos y préstamos y finalmente la vulnerabilidad ambiental que es relativa al medio ambiente físico, social, patrimonial, etcétera contempla recursos naturales, sociales y patrimoniales (culturales, artísticos y sus características) y estado de degradación, así como la exposición a contaminantes tóxicos y peligrosos. Cuando una persona posee distintos tipos de vulnerabilidad, es aún más vulnerable.

Desde esta perspectiva metodológica, los aspectos que se deben estudiar en este concepto son: el reconocimiento del peligro, el conocimiento sobre los factores que inciden en la ocurrencia de un peligro y la evolución del peligro, la preparación para el peligro, la capacidad crítica con la actuación de las personas antes, durante y después del peligro, valoración sobre los impactos del peligro, los niveles de confianza sobre las instituciones y organizaciones encargadas de enfrentar el peligro, la capacidad propositiva para prevenir y minimizar los efectos negativos de los peligros. Como es de observar estos aspectos no se aprenden en poco tiempo y deberán programarse acciones educativas con grupos de pobladores o incluirlos en materias ambientales a considerar en cursos de pre y postgrado en las universidades.

### **Metodología**

La Facultad de Psicología de la UH, junto a otras instancias del MINSAP emprendió un proyecto para atender a aquellas personas necesitadas de atención psicológica. En respuesta y en solidaridad con los afectados se abren líneas telefónicas de orientación psicológica que apoyan a la población en este período, creándose la consultoría psicológica telefónica, para ello se contó con los teléfonos de la institución que fueron desviados en el tiempo de aislamiento social a las casas de especialistas que contribuyeron con su trabajo a orientar a la población necesitada. Se contó así con un equipo de especialistas que participó indistintamente en diferentes problemas psicológicos de la población. La población conoció los teléfonos previamente divulgados por la página web de la facultad, por las redes sociales y por vía televisiva. Si bien no ha sido posible utilizar las vías de trabajo individual y grupal acostumbradas para este trabajo, sí se incorpora a la práctica profesional de nuestro Centro de Orientación y Atención Psicológica a la Población (COAP) la consulta psicológica telefónica, la cual permite la orientación y consejería al grupo de personas que demanden este servicio psicológico.

En este trabajo se manejan los siguientes conceptos:

**Vulnerabilidad psicológica:** Estado psicológico del individuo o la comunidad que impide, obstaculiza o disminuye la capacidad de prevenir, mitigar o responder ante situaciones de peligro, expresándose en daños, gran malestar de la víctima, produciendo síntomas, trastornos y cambios emocionales que agravan la situación.

**Aislamiento social en la COVID-19:** medida implementada por el gobierno revolucionario en el enfrentamiento a la COVID-19, consistente en limitar los movimientos de la población a los marcos de su hogar (casa) y a los servicios básicos.

**Consultoría psicológica telefónica:** Nueva modalidad de atención psicológica entre un terapeuta y paciente que utiliza el teléfono como vía principal de comunicación.

**Atención psicológica:** Relación de ayuda psicológica, proceso que mediatiza la relación con la personalidad del sujeto que solicita ayuda, al ver afectada su capacidad reguladora y no poder por sí solo continuar el curso de su desarrollo.

La consultoría psicológica telefónica comenzó el 1º de mayo y finalizó el 15 de julio.

### Análisis de los resultados

En la consulta de **bienestar psicológico** se atendieron un total de **62 personas**.

De ellas **45 mujeres (72,5%)** y **17 hombres (27,5%)**.

**20** personas de la 3ra edad, para un 32% del total.

**40** personas de 18-59 años (jóvenes y adultos) para un 65 %.

**2** adolescentes de 14-16) para un 3% del total.

Provincia o Municipio	# de casos	% del total
10 de Octubre	11	17,7
Plaza	9	14,5
Centro Habana	7	11
Guanabacoa	5	8
Playa	4	6,4
Habana del Este	4	6,4
Cerro	4	6,4
Marianao	3	4,8
Arroyo Naranjo	3	4,8
Habana Vieja	1	1,6
Regla	1	1,6
Cotorro	1	1,6
Isla de la Juventud	2	3,2
Provincia Mayabeque	2	3,2
Provincia y Municipio Matanzas	4	6,4
Municipio Cárdenas	2	3,2
Municipio Pedro Betancourt	1	1,6
Municipio Boca de Camarioca	1	1,6
Sin dirección	2	3,2

Imagen 1: # de casos y % por municipio

Se atendieron personas de casi todos los municipios (con excepción de Lisa y San Miguel). El municipio que más solicitó ayuda fue 10 de Octubre con 11 personas para un 1,7 %. Le sigue Plaza con 9 personas, para un 14,5% y así sucesivamente.

Como sabemos los **motivos de consulta** no siempre coinciden con las causas que llevan a las personas a pedir ayuda. En esta ocasión coincidió en gran medida. Los motivos más frecuentes como refleja lo anterior fueron los de ansiedad y depresión, unas veces aisladas y otras en conjunto con otros síntomas de aislamiento, miedo e incomprensión, coincidiendo con lo expuesto en la bibliografía especializada (Lorenzo, 2003). También apareció como motivo la falta de medicamentos, en ocasiones, psicofármacos cuya escasez aumentaba el daño psicológico.

<b>Motivos de consulta</b>	<b># de casos</b>
Ansiedad y Depresión	10
Soledad y/o aislamiento en personas adultos mayores	10
Depresión	9
Estrés (situación laboral y económica fliar, insomnio, divorcio de padres).	9
Ataques de ansiedad (conflicto familiar, familiar enfermo, falta de medicamentos, espera de operación de mama)	5
Orientación para el manejo de relación:	
Con hijo preescolar.....	1
Con hijo escolar.....	1
Con hijos jóvenes.....	3
Con pareja adulto mayor con Alzheimer.....	1
Familiar en general.....	1
Irritabilidad/Agresividad.....	2
Ruptura matrimonial.....	1
Necesidad de comunicación.. ..	2

**Imagen 2 Motivos de consulta por pacientes**

Haciendo un análisis integral de los contenidos y basándome en las historias de vida aparecieron en la muestra estudiada personas con eventos traumáticos ya en la adultez, rasgos de personalidad previa, como rasgos histeroides, trastornos emocionales y psiquiátricos que influían y aumentaban su vulnerabilidad. Se observó la vulnerabilidad genética constitucional a trastornos mentales, cambios vitales estresantes recientes, dependencia o locus de control externo en jóvenes, toxicomanías previas en sus maridos o familiares y otras. Es evidente que la edad como dato demográfico también influyó: en

general, los niños y ancianos son más vulnerables, al igual que los discapacitados. En pacientes de mediana edad y mayores se expresó una gran necesidad de comunicación, de compartir sus estados y grandes deseos de cambiar, lo que hizo que sean pacientes de continuación para el próximo curso académico o cuando se reabran las consultas en el COAP.

Las ideas de nuestra concepción de desarrollo continuó hasta la tercera edad, utilizada y repetida a adultos mayores en la terapia, impactó en la subjetividad de muchos, abriéndole posibilidades de un comportamiento futuro más sano y alentador.

En muchos **pacientes de la tercera edad** se observó ausencia de una red adecuada de apoyo familiar y social (comunitario), recibí mensajes de ellos que expresaban desamparo, soledad, incomprensión, rupturas, estrés, conflictos y otros, que no tenían recursos económicos ni mensajeros que los ayudaran en su aislamiento. En algunos casos se le informó acudir al CDR (Comités de Defensa de la Revolución a nivel de cuadra) y a servicios del policlínico y cuerpos de guardia cercanos, pues se presentaron casos de enfermedad no respiratoria, no atendida, también casos de psiquiatría, cuya solución no estaban al alcance de este tipo de consultoría, sin embargo ellos no se atrevían a salir. En adultos mayores se apreció con énfasis en la mayoría una capacidad crítica con la actuación de las personas durante el peligro a la vez, que mostraban su actitud política ante los esfuerzos del gobierno en esta situación.

Fue frecuente la solicitud por **adultos medios de orientación** para el manejo dentro del hogar de las relaciones de pareja, madre-hijo, padres-hijos, hija-abuela e hija-mamá de la tercera edad. Es de señalar en estos casos la afectación de la dinámica familiar por la poca percepción de riesgo, la incapacidad de buscar nuevas soluciones a la situación (poca resiliencia) y la imposibilidad de utilizar nuevos recursos y potencialidades de crecimiento personal, a pesar de que los medios han sido explícitos en sugerencias. En algunos se reveló ecuanimidad y la necesidad de volver a su estado normal de funcionamiento y equilibrio aprovechando, el receso laboral, por lo que se hizo uso del correo electrónico como vía de envío de materiales para su lectura. Materiales que agradecieron.

Se atendió algunos casos cuyos malestares no fueron generados por la COVID 19, pero si acentuados por los cambios en las condiciones de aislamiento, ya que fueron incapaces de minimizar los efectos negativos del peligro, sino al contrario, maximizaban lo extremadamente difícil de la situación que empeoraban sus estados. Aquí influyeron otros tipos de vulnerabilidad, como la social (ausencia de equidad social), la física (condiciones de vivienda en Guanabacoa) y la vulnerabilidad económica (diferencia de recursos económicos para la alimentación). Como se observa en las estadísticas anteriores hubo familiares de niños y adolescentes que confrontaron problemas para entretener a sus hijos en casa, orientándoseles horarios y actividades a desarrollar, se le estimuló la iniciativa o creatividad en función de la edad. A familiares de niños discapacitados y pacientes psiquiátricos que demandaron ayuda, se les remitió a otros servicios. Todas estas manifestaciones de vulnerabilidad se pueden agrupar en: reacciones psicológicas inmediatas solucionadas entre 2 y 4 sesiones, trastornos psíquicos que requieren un tratamiento más prolongado, irritabilidad relacionada con la insatisfacción de necesidades (alimenticias, de medicamentos, de artículos de primera necesidad como aseo personal, limpieza del hogar y otros como consultas médicas, hablar con otros familiares y amigos, etcétera).

En todos los casos se adoptó como estrategia descubrir los factores que en la literatura propician la vulnerabilidad, reduciendo su papel en la actualidad y, sustituyéndolos por otros

valores más importantes y menos desarrollados en la vida de cada caso, por ejemplo una adulta media que se quejaba del miedo a la COVID, por haber sido mucho antes víctima de violencia familiar, situación que ya no confrontaba al lograr separarse de su marido y ahora en su ausencia generalizaba el sentimiento al no poder salir a la calle a trabajar y realizar sus rutinas diarias. Con ella se aplicó la relajación, junto a la evocación de recuerdos positivos y agradables en su vida, se insistió en acciones que podía realizar en la casa y que había pospuesto infinitamente. Fueron varias sesiones de trabajo, en las que se recordaba que nunca es tarde para el desarrollo, lo que hizo agradecer las sesiones vividas. Otro caso fue el de un adulto mayor con grandes necesidades de comunicación que aislado en su caso se deprimió al recordar el abandono de su esposa y el poco tiempo de vida restante, ante su imposibilidad actual de encontrar una pareja para compartir. En este caso se insistió en que la adultez mayor constituye una etapa más de desarrollo en la que podía emprender nuevas actividades que le dieran otro sentido a la vida restante, sin preocuparse específicamente por la pareja. En ambos casos hubo aparentes cambios de sentido de su vida, al revelarles que ellos debían “tomar las riendas de su vida”, responsabilizarse con su futuro, ya que al parecer depositaban en el otro y en la sociedad el sentido de su vida, de su quehacer, ahora nadie les obligaba a hacer nada, por lo que eran más libres e independientes que nunca antes y podrían recomenzar. En ambos casos se apoyó la terapia con literatura del tema, la cual fue bien recibida.

Si caracterizar la vulnerabilidad observada en la muestra estudiada encontramos en primer lugar inestabilidad emocional, que se expresa en consulta a través de sentimientos de indefensión, alarma, miedo e incapacidades de afrontamiento, con reacciones inadecuadas desde el punto de vista personal, social y político. Algunas emociones que responden a historias de pacientes con antecedentes de violencia familiar, experiencias negativas de violación, indignación por burlas grupales, abandono del seno familiar de los hijos, incompreensión en las relaciones familiares que llevaban a estrés a los padres y que los sumían en depresión por acudir a recuerdos negativos pasados, todos factores que debilitaban la subjetividad, vulnerando su capacidad de afrontamiento y resistencia ante el peligro (poco equilibrio y baja resiliencia). Entre los aspectos que inciden en la vulnerabilidad y que dependen del individuo, pudimos observar como deficientes el no reconocimiento del peligro, el desconocimiento sobre los factores que inciden en la ocurrencia de un peligro y su evolución y la poca preparación para ello, a pesar de las constantes informaciones radiales y televisivas. Entre los factores que dependen de la protección algunas personas de la tercera edad se sentían mal, al detectarse problemas en la red de apoyo social (vecinos, amigos), donde estaba ausente la ayuda a ellas y abandono comunitario, corroborando lo que aparece en la bibliografía al respecto: “Sin la participación comunitaria en cada una de las actividades en todas las fases del ciclo vital de los desastres, los costos económicos y los errores humanos seguirán multiplicándose” (Lorenzo *et al.*, 2003: 15). Sin embargo, pudimos apreciar en personas de la tercera edad una mayor percepción de riesgo, una capacidad crítica de la actuación de otras personas durante la fase de aislamiento, una buena valoración sobre los impactos del peligro, criterios disímiles sobre los niveles de confianza en las instituciones, no así en el personal médico que participa en su enfrentamiento. Desde el punto de vista de esta característica los adultos mayores eran menos vulnerables, solo la edad con sus correspondientes pérdidas, como la incapacidad de traslado a los lugares de compras y enfermedades crónicas eran sus principales vulnerabilidades. Muchos pacientes despertaron y expresaron sus potencialidades cognoscitivas, sentimientos y recuerdos positivos, de manera que se crearon condiciones para reducir la vulnerabilidad ante la situación creada.

Es de señalar que si bien la vulnerabilidad es posible reducirla en un período de pocas sesiones, se hace necesaria un mayor trabajo educativo como corroboran otros autores (Vega, 2010) esta vez en lo que se refiere sobre todo a sus aspectos materiales. Mayor debe ser la educación sobre la percepción de riesgo que es una realidad mucho más compleja a formar y requiere más tiempo con un sistema de acciones educativas que hay que emprender en un futuro inmediato, no lejano, y de forma sistemática con la población. La experiencia vivida en la consultoría psicológica telefónica corrobora los resultados de la experiencia de intervención ante el tornado sufrido por el grupo de mujeres de Regla en febrero-abril del 2019. Donde se corrobora que las personas con otros tipos de vulnerabilidad como la física, la social y la económica aumentan la vulnerabilidad psicológica.

Por ser Cuba una isla amenazada constantemente por los fenómenos del cambio y variabilidad climática se hace necesario tener una población preparada para cada nuevo peligro que acontezca, sobre todo en percepción de riesgo que es una realidad que no se forma en días ni semanas, de manera que la tarea de educación comunitaria para el desarrollo sostenible sea un proceso permanente.

## Conclusiones

1. La consultoría psicológica telefónica resultó en un programa de acompañamiento y psicoeducación de la muestra atendida. Consideramos que con el trabajo terapéutico desarrollado se apoyó psicológicamente a las personas que solicitaron ayuda, a la vez que se observaron las manifestaciones de la vulnerabilidad psicológica de la población ante este tipo de peligro sanitario, caracterizándola en función de su sintomatología por edades y reduciendo los cambios emocionales, síntomas y reacciones negativas que repercutían en los comportamientos. Algunos pacientes consultados, continuarán la atención en la reapertura del centro de orientación. La terapia telefónica se apoyó en información especializada (materiales de autoayuda) sugerida a leer en el tiempo de aislamiento y que fueron enviadas por correo electrónico. Se redujeron los efectos de la vulnerabilidad se crearon fortalezas que se expresaron en un aumento de la percepción de riesgo, de la resiliencia y en los cambios emocionales que se observaron en la inmensa mayoría de los demandantes de ayuda.

2. La consulta telefónica resultó ser un método que permitió:

- La inmediatez en la comunicación terapeuta-paciente sin grandes dificultades, logrando la empatía con independencia del nivel de afectación por el aislamiento y reduciendo la intensidad de las reacciones.
- Constatar una mayor fluidez en la transmisión de información comprometida de los pacientes al terapeuta, facilitando la comprensión y el apoyo psicológico.
- Lograr la ventilación emocional y expresión de sentimientos, disminuyendo así los sentimientos de indefensión y ansiedad.
- Facilitar la comunicación con familiares en los casos en que estos existían.
- Enfocar a los pacientes en actividades y expectativas positivas futuras, transmitiendo esperanza y optimismo.

3. La consulta telefónica se realizó dentro de ciertos parámetros como fueron:

- Recepción y separación de turnos previos a la consulta.
- Duración de alrededor 30 minutos, pudiendo continuarse en otra sesión. (Hubo alrededor de 30 casos reconsultados de 2 a 5 sesiones) Para el terapeuta es agotador hablar durante un tiempo mayor.
- La limitación del tiempo de consulta redundó en la profundización rápida de los malestares y preocupaciones de los pacientes, los que se esforzaron por explicarse lo mejor posible en un breve marco de tiempo.
- Se utilizaron materiales para leer (enviados por correo electrónico) como apoyo de los temas debatidos.
- La deficiencia de comunicación visual se compensó con una atmósfera de confianza y empatía creada, lo que permitió el éxito de los intercambios e incluso la aplicación de la relajación como método para revivenciar recuerdos positivos.

4. Se logró aplicar la relajación como técnica de intervención a través de la vía telefónica, ratificándola como un instrumento efectivo, con el uso de la visualización de recuerdos positivos para la reducción de esta vulnerabilidad.

5. Se corrobora que las personas con otros tipos de vulnerabilidad como la física, la social y la económica aumenta la vulnerabilidad psicológica.

6. Se comprueba que cada peligro que amenaza a Cuba, amenaza a los más vulnerables (sociodemográfica, económica y ambientalmente), por ello se hace necesario junto a la capacitación ambiental (elevar la percepción de riesgo y la resiliencia), elevar la calidad de vida de la población, para disminuir la vulnerabilidad psicológica de esta, junto a otras que coexisten en ella. Cada evento peligroso requiere un tipo diferente de capacitación a profesionales y líderes, así como métodos de intervención propios para la comunidad.

## **Recomendaciones**

1. Este trabajo sirve de precedente para la caracterización de la vulnerabilidad psicológica, en futuras investigaciones o estudio de la vulnerabilidad psicológica, específicamente para otros eventos de peligro, no solo sanitarios.

2. Desde el punto de vista de apoyo psicológico a la población, junto a la reducción de la vulnerabilidad psicológica deberá también reducirse las vulnerabilidades sociales y económicas que aún prevalecen en nuestro país y se expresan en la ausencia de actitudes e ideas innovadoras y creativas, de redes de apoyo psicosocial y actividades comunitarias.

3. Sugerimos que en futuros proyectos de atención psicológica, se tenga en cuenta el plan de acción de la comunidad y municipio, allí donde exista, de manera que la atención se realice en un marco de redes de apoyo y participación comunitaria de lo que adoleció este proyecto.

4. Aprovechar la futura descentralización administrativa para realizar diagnósticos comunitarios integrales realistas, científicos donde lo psicosocial no sea mera declaración y se tenga en cuenta lo histórico cultural de la comunidad al servicio de las necesidades vitales de sus miembros.

5. Preparar a la población o comunidad con capacitaciones, como por ejemplo, actividades educativas sobre vulnerabilidad, percepción de riesgo, resiliencia etcétera, en función de los peligros que amenazan la zona por sus características demográficas.

## Referencias bibliográficas

Araujo R., (2015). "Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes?" En *Revista Novedades en Población. Centro de Estudios demográficos*. ISSN: 2308-2984. RPNS: 0638, no. 9, jul-dic 2015 pp. 74-79.

Castellanos A. (2010). "Esencia de la reducción de desastres: Vías para lograr la reducción de vulnerabilidades". En *Salud y desastres. Experiencias cubanas*. La Habana: Ciencias Médicas. ISBN 978 959 212 546 9, t. I, pp. 97-107.

Febles M. M. (2013). "*Un enfoque histórico cultural a la Psicología Ambiental*". La Habana: Félix Varela. ISBN 978-959-07-1726-0, pp. 1-255.

Febles M. *et al.*, (2019). "Proyecto: Estudio de la vulnerabilidad psicológica de la población en los asentamientos costeros". Presentado y aprobado en 2019 ante el Consejo Científico de la Facultad de Psicología y UH, pp. 1-41.

Lorenzo A. *et al.*, (2003). "Apoyo psicológico en desastre". *Monografía: "Gerencia de desastres en Cuba"*. Compilación de Artículos contribuidos por el Centro de Información y Documentación del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED), La Oficina de Asistencia Humanitaria de La Comisión Europea CARDIN y La Biblioteca de la University of The West Indies. Kingston, Jamaica, (2003). Web site: <http://wwwcardin.uwimona.edu.jm:1104-> pp. 10- 16.

\_\_\_\_\_ (2008). "Lineamientos para la salud mental en desastres en Cuba". Instrucción No. 20 del Ministro de Salud Pública de Cuba, Dr. J. R. Balaguer Cabrera. 30 de septiembre del año 2008. La Habana, Cuba.

Lorenzo A. (2010). "Lecciones aprendidas en la organización de programas de ayuda e intervención psicológica en situaciones de emergencias y desastres". En *Salud y desastres. Experiencias cubanas*. La Habana: Ciencias Médicas. ISBN 978 959 212 546 9, t. I, pp. 358-381.

Lorenzo A. (2017). "*El desastre después del desastre: ¿Ya pasó lo peor?*"

[http://www.emdrmexico.org/mostrar.php?id=despues\\_desastre](http://www.emdrmexico.org/mostrar.php?id=despues_desastre). S.n.

Lorenzo A. y Guerrero A. (2017). "Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿trastornos por estrés postraumático o estrés traumáticos secundario?" *Revista puertorriqueña de Psicología*, vol. 28 no. 2 julio-. 2017, pp. 252-265.

UNISDR, (2009). "*Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas*". Ginebra, Suiza, Mayo, 2009. Las Américas, Panamá, [www.unisdr.org/publication\\_p.p.1-43](http://www.unisdr.org/publication_p.p.1-43). S.n.

Vega I. (2010). "Diagnósticos de vulnerabilidad y riesgos de desastres en sistemas de salud de la región oriental de Cuba, desde la perspectiva sistémica". En *Salud y desastres. Experiencias cubanas*. La Habana: Ciencias Médicas. ISBN 978 959 212 546 9, t. I, pp. 142-151..