

VIII. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Por:

**Diana Beatriz Gómez
Adriana María Mesa Salazar
Ana Isabel Moreno Acosta**

8.1 Crisis

Para hablar de intervención en crisis es importante definir lo que es en sí una crisis, puede decirse que es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar o resolver problemas en determinadas situaciones nuevas y dramáticas. Pueden ser precipitadas o producidas por algún suceso específico, se caracterizan por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en el empleo de estrategias previas de enfrentamiento.

La crisis puede ser vista como una dualidad, es decir, ser tomada como algo amenazante/ peligroso o por el contrario como una oportunidad/un reto. Según esto la crisis se convierte en una vivencia de la cual hay que trascender.

Se pueden clasificar las crisis en:

- *Crisis del desarrollo*: propias de cada etapa del desarrollo, se derivan del cambio que se sufre con la transición, las condiciones propias de cada una de ellas y la forma como se resuelvan.
- *Crisis circunstanciales*: se presentan a partir del enfrentamiento de acontecimientos vitales, dentro de esta clasificación se encuentran las crisis que nos interesan en este artículo como crisis en desastres naturales, desastres provocados por el hombre, guerra y hechos relacionados.

8.2 Etapas de las Crisis:

- *Impacto*. reacción inmediata, se presentan conductas de supervivencia relacionadas con la personalidad del individuo, grado de adaptación frente a la situación, hay un aumento de la ansiedad, temor, preocupación, sentimiento de culpa, entorpecimiento de la capacidad de respuesta, sentimiento de ser el mayor afectado, confusión y dificultad para tomar decisiones. Domina el miedo y el pánico se presenta cuando es imposible escapar.

- *Tensión.* Se da incredulidad y reacciones iniciales frente a la situación, como ansiedad traumática, somatizaciones, desasosiego (apatía, hiperquinesia, alucinaciones, ideas suicidas), emotividad (tristeza, rabia, miedo, culpa) , desorganización personal.
- *Post - impacto:* respuestas alternativas a nivel individual y colectivo como reacciones disfuncionales (peligro de crisis posteriores), reacciones funcionales (ver la crisis como oportunidad). A nivel individual se presentan síndromes postraumáticos, somatizaciones, depresión, suicidio y ansiedad generalizada; a nivel colectivo se presenta hostilidad, culpabilizar a otros de la situación, asumen el papel de víctima, dificultades para integrarse a diferentes situaciones, frustración, se presenta el síntoma de desastre caracterizado por desorientación, apatía, incredulidad, sorpresa, miedo, angustia, búsqueda inconsciente de familiares y pertenencias. Pasan por diferentes etapas: trauma, sugestión, euforia y ambivalencia.

Ante la crisis, los psicólogos o el personal que interviene en la atención primaria cumplen el papel de facilitadores del proceso de adaptación que la persona debe emprender para superar la situación problemática. El objetivo que se pretende es impactar en el otro, pero es el otro mismo quien se adapta y surgen los cambios.

Cuando se habla de crisis, es necesario analizar 3 factores fundamentales.

- Indagar sobre el evento vital (¿qué fue lo que ocurrió?,
- Con que recursos psicológicos cuenta el individuo para enfrentar la crisis. (¿qué alternativas ha tenido para enfrentar la crisis?, ¿Con que apoyos a contado?, ¿qué ha hecho hasta ahora?
- La ayuda disponible (redes de apoyo social que son amortiguadores de la crisis)

La intervención en crisis no implica una sustitución del profesional de la salud mental (Psiquiatra o psicólogo), se trata de establecer una rápida solución con la persona en situación de estrés, determinar la causa del problema y proponer una solución razonable y práctica

Para que sea útil la intervención en una crisis, se debe hablar el lenguaje de la persona, de tal forma que comprenda rápidamente lo que intentamos hacer y así brindar una verdadera ayuda. Para lograr una conversación efectiva se debe garantizar una cierta privacidad, se debe crear una atmósfera de alianza, comodidad y ayuda efectiva de la resolución del problema, se debe establecer la causa del estrés de la persona y analizarlo con ella, conjuntamente con la persona buscar una solución al problema y llegar a un acuerdo sobre lo que ha de hacerse a partir de ese momento.

La intervención en crisis puede ser útil para.

- Proporcionar apoyo y oportunidad de expresarse
- Procurar el apoyo social
- Generar esperanza
- Convertir la crisis en una oportunidad de crecimiento y aprendizaje en el desarrollo de la persona

Una intervención en crisis se debe caracterizar por:

- Aliviar el estado actual del paciente, su ansiedad, confusión y desesperación.
- Reanimar el funcionamiento del paciente, recuperando su equilibrio usual
- Ayudarlo, ayudar a la familia y subrayar el aquí y el ahora; interesan todas las personas que tengan una relación significativa (el paciente puede ser simplemente portavoz de un sistema conflictuado).
- Facilitar el apoyo y la comprensión, informar sobre los medios y recursos comunitarios
- Promover nuevas actitudes, nuevas conductas y nuevas técnicas de acción que puedan tener mejor eficacia en crisis futuras.
- Comprender la relación existente entre la crisis actual y la historia previa (Experiencias anteriores y problemas psicológicos que pasaron inadvertidos)

8.3 Desastre

Cuando se habla de desastre, se está haciendo referencia comúnmente a pérdidas humanas y económicas sufridas en corto plazo no sólo en términos del impacto causado sino también en términos de sus orígenes, así como de las reacciones y respuestas suscitadas en la sociedad (comunidad). Las crisis coyunturales causadas por estos desastres alteran notablemente el desarrollo futuro de las comunidades o agrupaciones humanas así como del individuo mismo.

Por lo general los desastres son eventos temporales y territorialmente segregados, son eventos que violan la vida normal y las relaciones con el hábitat, parecen contradecir la rutina de la vida social, crean caos y desorden, destruyen la estructura social. Son manifestaciones de una interacción entre un fenómeno natural o creado por el hombre extremado y un grupo humano vulnerable, esta manifestación tiene como consecuencia perturbaciones y daños generalizados, pérdida de vida, de medios y lesiones.

"El desastre es una ocasión de crisis o estrés social, observable en el tiempo y el espacio, en que sociedades o sus componentes (comunidades, regiones, etc.) sufren daños o pérdidas físicas y alteraciones en su funcionamiento rutinario. Tanto las causas como las consecuencias de los desastres son producto de procesos sociales que existen en el interior de la sociedad"

Toda situación de desastre supone un corte abrupto de la cotidianidad porque cambia el entorno físico, individual, social y familiar, los cuales se constituyen como soporte emocional y punto de conexión con la realidad exterior. El desastre se constituye entonces en amenaza permanente a la capacidad de autonomía del individuo y su sentido de pertenencia, al no poderse realizar de un modo adecuado en el medio en el que está inmerso, el cual además ha cambiado físicamente; la manera de existir y coexistir queda entonces sujeta a nuevos cuestionamientos que pueden generar en la mayoría de casos sentimientos de agobio, menosprecio, crisis de identidad entre otros.

Por esta razón es importante que los profesionales de las ciencias sociales y las personas vinculadas a procesos de acompañamiento a comunidades que sufren esta clase de hechos, tengan en cuenta a la sociedad misma como objeto de estudio, de acción y de cambio en cuanto a sus patrones de comportamiento y de incidencia en la concreción de proyectos y acciones frente al desastre

8.4 Intervención

Colombia ha sido un país donde la violencia y la pobreza han protagonizado cada uno de sus momentos históricos; estos antecedentes además de la falta de recursos profesionales y planes de prevención y atención en situación de desastres hacen que el país sea vulnerable a desastres de tipo natural y causados por la guerra. Por esta razón es importante crear programas de intervención que tengan en cuenta estas condiciones además de las características geográficas, económicas, de diversidad de grupos armados y de la existencias de diferentes entidades con objetivos e intereses diferentes.

Ante un desastre la intervención psicosocial debe hacerse desde la diversidad de necesidades de la población atendida, de allí surge la necesidad de un grupo multidisciplinario conformado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. El plan de acción debe estar dirigido a la prevención, la planificación de actividades, la intervención y la rehabilitación.

En cuanto a la intervención en crisis, es importante anotar que a través esta puede hacerse una *Prevención de 1°, 2° Y 3° orden* donde cada uno va dirigida a

- *Prevención Primaria:* Reducir la incidencia de los trastornos mentales, mejoramiento del crecimiento y desarrollo humano.
- *Prevención Secundaria.* Reducir los efectos debilitantes de la crisis, facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis. (esta se hace como primera ayuda psicológica y luego como terapia de crisis).
- *Prevención Terciaria:* Repara el daño hecho por una crisis no resuelta en la vida, esto es, tratamiento mental.

Para que estas clases de intervenciones se hagan de la mejor forma posible y tengan éxito, es necesario en primer lugar delimitar bien las funciones de cada uno de los profesionales que acuden al sitio del desastre, para que los voluntarios y rescatistas que están colaborando con la intervención sepan a quien deben remitir una víctima

Prevención Primaria

Lo ideal sería que para que no se de el desastre natural o causado por la guerra (Ejemplo: una toma guerrillera) exista un *programa de prevención* en zonas de alto riesgo, en este programa se deben tener en cuenta tres colectivos:

- **LA POBLACIÓN:** Elaboración y puesta en marcha de programas de información sobre distintos riesgos, planes de emergencia y las medidas de autoprotección a adoptar.
- **LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN.** (Bomberos, defensa civil, cruz roja, policía, etc.) Programas de preparación para situaciones críticas y prevención del estrés tanto desde el punto de vista de autoprotección como de apoyo a las víctimas
- **PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN DESASTRES:** Programas formativos, basados en estrategias psicológicas para intervenir en catástrofes, y en un diagnóstico de necesidades de formación, con el objetivo de tener una red de profesionales con una formación homogénea y un modelo de intervención común

Dentro de la planificación es importante incluir siempre un equipo de intervención psicosocial, además se deben establecer los procedimientos operativos para dar respuestas rápidas y coordinadas a las necesidades psicosociales en los desastres.

Se debe realizar al interior de la comunidad una evaluación de riesgos teniendo en cuenta la vulnerabilidad psicológica¹, se debe elaborar un censo del recurso humano existente en la región (equipo de salud mental, voluntarios y grupos de la red social) y hacer un catálogo de recursos profesionales movilizables en caso de que se presente el desastre, elaborar un estudio de la comunidad para identificar que tipo de recursos y apoyo tienen frente a un problema, hacer una evaluación de la parte logística para responder a las preguntas: ¿qué tenemos?, ¿qué necesidades existen? y ¿qué nos hace falta? y por último el grupo interdisciplinario debe realizar talleres de sensibilización en temas relacionados con el manejo de duelo, situaciones de crisis individual y/o grupal.

Finalmente la intervención debe encargarse de:

- El conocimiento y estudio de las calamidades que han sucedido en la ciudad o región a la que esta circunscrita determinada comunidad, además de las fallas y aciertos que se han tenido en su atención y prevención.
- Conocer en detalle el riesgo y la vulnerabilidad.
- Establecer un sistema de prioridades en la ocurrencia de desastres.
- Verificar la capacidad de reducción de la vulnerabilidad (las acciones y los objetivos).
- La capacidad de respuesta y alivio que se tiene a nivel individual y comunitario e institucional.
- Determinar las expectativas que se tienen a largo plazo de reconstrucción, desarrollo y en general de rehabilitación.
- Los sistemas que se tienen de preparación de los grupos que actúan directamente en las acciones frente a desastres, el nivel de preparación y educación de la comunidad y la experiencia y preparación de quienes lideran y dirigen la toma de decisiones y acciones para enfrentar a corto y largo plazo los desastres
- La forma de poner en situación de alerta a una comunidad y el manejo de las alarmas y las situaciones que se provocan.
- La aplicabilidad de sus planes en desastres, su coordinación y los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

Evaluación del impacto a mediano y largo plazo, a nivel biopsicosocial en la comunidad afectada

Es necesario saber que el proceso de rehabilitación que se instaure a nivel individual o colectivo debe ser un proceso integral y debe tender a ser un proceso básico para el bienestar, respondiendo a acciones continuas y coordinadas que busquen disminuir el impacto negativo del desastre y que correspondan a un esfuerzo mancomunado de las comunidades y el Estado.

¹ **VULNERABILIDAD PSICOLOGICA:** Es la capacidad de defensa o daño que se demuestre frente a determinada amenaza.

Prevención Secundaria

La prevención secundaria siempre debe incluir programas de carácter informativo que tengan como finalidad:

- Informar sobre la sintomatología
- Informar sobre los instrumentos a disposición para combatir tales síntomas
- Combatir los prejuicios que impiden buscar ayuda oportunamente (Ej. ideas equivocadas).

Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica

Intervenir en crisis en situaciones de desastre natural o provocado por el hombre implica llegar en el momento del desastre mismo o por lo menos no mucho tiempo después, esto significa que el que interviene se encontrará con personas desorientadas, angustiadas y en situaciones difíciles que son complicadas de intervenir. Lo más importante es tener en cuenta que una intervención en crisis es acompañar a la persona que sufre la crisis y apoyarla para que pueda organizar la información con la que cuenta y entender lo que siente, para posteriormente desarrollar un plan de afrontamiento de esa situación.

Intervenir en esta clase de crisis es diferente puesto que no son tan comunes en la vida cotidiana (aunque ahora en nuestro país sí) como las crisis del desarrollo que son crisis que se ven venir. Por esta razón hay que tener en cuenta en que momento se da la crisis, bajo que condiciones (físicas, económicas, edad, entre otras). Muchas personas pueden estar bajo la misma situación y sin embargo no tener la misma clase de crisis o lo que es posible no desarrollar una crisis como tal. Este es el primer principio: las crisis son tan únicas y especiales como cuantas personas existen.

Las crisis pueden ser vistas por las personas según Rapaport como:

- Amenaza(a las necesidades personales, a la integridad física o emocional, a la identidad).
- Pérdida (una persona, una habilidad o aptitud, un bien material, etc.)
- Reto

Es por esto que hay que identificar que sentido tiene esa crisis para la persona que tenemos en frente y que es específicamente lo que la desata (por más obvio que parezca el motivo), considerar la autopercepción que tienen las víctimas de la tragedia es el elemento básico del abordaje psico-social, puesto que esto permite hacer una primera evaluación sobre los recursos psicológicos que tiene la persona para afrontar esa situación.

El objetivo de la primera ayuda psicológica es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis o por lo menos que la persona aprenda o encuentre nuevas formas de afrontamiento.

La crisis tiene efectos en aspectos cognitivos (lo que se piensa de esa situación y los efectos que tiene sobre metas y aspiraciones, es decir, sobre el proyecto de vida), sobre lo somático o físico (salud) y sobre lo conductual (la tendencia a la acción, es decir, como actuamos), es necesario también indagar por cada uno de estos aspectos en el primer contacto que se tiene con la persona para así saber quien puede apoyarla en ese momento.

Cuando se hace una intervención de primer orden es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos según Pasewark:

- Establecer o facilitar la comunicación
- Ayudar al individuo o familia a que perciban correctamente la situación (con un enfoque de sucesos concretos, significados y posibles resultados).
- Ayudarlos en el manejo de emociones y sentimientos.

Por lo general esta primera ayuda psicológica, es una ayuda inmediata (primeras 72 horas) y en muchos casos solo implica una sesión. En esta se pretende:

- *Proporcionar apoyo:* Esto permite a la persona disminuir la tensión cuando siente que la presión de la situación esta al máximo, implica permitir que la gente hable, brindándole cordialidad y demostrándoles preocupación por su situación actual puesto que esto ayuda a que se sientan en un ambiente de confianza y calidez donde pueden desahogarse.
- *Reducir la mortalidad:* Esto implica tomar medidas para reducir la posibilidad de que se produzcan lesiones físicas (autolesiones o maltrato a otros), suicidios u homicidios. Por lo tanto si es necesario hay que confiscar armas, recurrir a alguien de confianza de la persona que esta en peligro para que lo acompañe durante algunas horas o el tiempo que sea necesario, hablar con la persona acerca de lo que esta pensando hacer y de como se siente, en algunos casos es indispensable recurrir a la hospitalización.
- *Proporcionar enlace a recursos de ayuda.* Es importante no intentar resolver la crisis de inmediato sino proporcionar la información adecuada a la víctima acerca de las personas o entidades que pueden colaborarle con la dificultad que tiene en ese momento. Por esta razón todo el personal que se desplace a la zona del desastre debe estar

enterado de todos los organismos que están presentes y de los servicios que prestan para proporcionarle una información adecuada a la persona que la requiera.

Además deben tenerse en cuenta los siguientes componentes a la hora de hacer una intervención de primer orden:

- Hacer un contacto psicológico (no precisamente lo hace un psicólogo, en este componente se debe hacer sentir a la persona escuchada, comprendida, aceptada y apoyada)
- Examinar las dimensiones del problema (clasificar que necesidades son inmediatas y cuales se pueden postergar)
- Explorar las soluciones posibles (a las necesidades anteriormente clasificadas)
- Ayudar a tomar una acción concreta (implementar soluciones inmediatas que pueden ser ejecutadas por la persona en crisis para cubrir las necesidades de mayor prioridad en ese momento).
- Registrar el progreso del seguimiento.

Dentro de las acciones importantes de realizar en el primer contacto con la víctima, están

- Dar pautas de comunicación de la noticia a otros familiares
- Acompañar en la identificación del cadáver
- Orientar sobre reacciones futuras
- Informar sobre la posibilidad de solicitar ayuda
- Y lo más importante, *transmitir esperanza*, es decir, mostrarle a la persona que si existe un futuro en el cual pensar y el cual debe organizar y programar.

Es importante anotar que lo ideal y más conveniente es que esta primera ayuda psicológica sea proporcionada por personal que haya sido capacitado (en la etapa de prevención) en intervención en crisis o por profesionales de la salud mental.

Intervención Secundaria o terapia en crisis

Esta se refiere a los eventos que requieren terapia a fin de capitalizar el potencial de cambio radical inherente a la experiencia de crisis.

El objetivo de esta intervención es la resolución de la crisis. Se busca que el paciente aprenda de la crisis y potencialice un nivel más alto de funcionamiento que antes de la crisis: esta intervención debe estar orientada hacia la superación de sentimientos de incompetencia e indecisión por tener la creencia de carecer de habilidades para resolver los problemas.

La intervención secundaria es proporcionada por profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras). A través de esta, se busca reducir la difusión de desordenes psicológicos mediante el recurso de los diagnósticos precoces y las curas eficaces, permitiendo a la vez que el paciente aprenda a enfrentarse en el futuro a crisis similares.

Estos profesionales deben tener en cuenta que las víctimas tienen la capacidad para resolver sus propios problemas después de que se les ayude a identificar las barreras para la solución o de que se les motive su pensamiento hacia la exploración de nuevas soluciones.

Se busca a través de esta intervención que .

- El paciente supere físicamente la experiencia de crisis
- Obtenga el dominio cognitivo sobre la experiencia de crisis
- Aprenda o encuentre conductas adaptativas y habilidades a nivel interpersonal que le sirvan para sobrepasar la experiencia de crisis.

Intervención Terciaria

Busca atenuar las consecuencias de las enfermedades mentales, del internamiento en el hospital, ayudar a recuperar el eficiente desempeño de los pacientes en la comunidad, reparar el daño hecho por crisis vitales no resueltas y por trastornos mentales y emocionales que están en recuperación. Además de hacer seguimiento a pacientes psiquiátricos que ya están curados.

Esta abarca tres sectores principales.

- La rehabilitación.
- La modificación de actitudes de la comunidad respecto de las enfermedades mentales y la higiene mental.
- Creación de alternativas respecto al internamiento en el hospital y la asistencia hospitalaria.

8.5 Duelo

Cuando en una situación de desastre nos encontramos con una persona que esta en situación de duelo (pérdidas diversas: muerte de familiares y amigos, materiales, mutilaciones y afecciones diversas de la salud personal), es importante abordar las necesidades de catársis y de elaboración (terapia)

Además de los problemas psicosociales, en los que la calidad de vida de las víctimas de desastre se ve afectada al enfrentarse a nuevas

condiciones como: Vivienda temporal, desempleo, carencia de servicios públicos, recreación limitada o inexistente. Todas las víctimas de desastre sufren un proceso de duelo vinculado a las pérdidas humanas y materiales.

El proceso de duelo representa un trabajo de elaboración que se da mediante la aflicción, lo cual es saludable. Conlleva a tres etapas:

- Romper los lazos con las personas o cosas perdidas
- Adaptarse a la vida sin la presencia de las personas o las cosas.
- Establecer nuevas relaciones.

El duelo implica que la persona tiene que romper poco a poco con los lazos afectivos que le unían a lo que ha perdido y así reacomodarse hasta llegar a la aceptación. Se ha dicho entonces que "es el proceso de matar al muerto" como una forma de aceptar la pérdida.

Es importante distinguir tres de las distintas formas clínicas del duelo: El normal, el diferido, y el patológico.

El duelo normal, es aquel en el cual se puede realizar todo el proceso de duelo hasta llegar a la aceptación de la pérdida.

En el duelo diferido, todo el proceso es aplazado, a veces como una necesidad adaptativa, si el aplazamiento es temporal y luego se realiza el trabajo de duelo; la elaboración es igualmente adecuada

En el duelo patológico, pasa a un primer plano la ambivalencia (amor-odio) con el objeto perdido, donde la falta de resolución de este conflicto con el muerto (la pérdida), impide o dificulta la realización del trabajo de duelo.

El duelo en los desastres tiene características especiales, pasa por etapas específicas y requiere intervenciones oportunas en el momento en que un desastre se ha presentado.

Características del duelo

Colectivo: Porque abarca a toda la comunidad desarticulando mecanismos de protección y apoyo que en otras situaciones ayudarían a la víctima, como por ejemplo las visitas de familiares, sepultamiento individualizado, entre otras.

Selectivo: Porque ha afectado a unas personas y no a otras, sin motivo aparente.

Polivalente. Porque lo afecta en diversas áreas.

En el trabajo de elaboración de duelo se pasa de la negación a la resolución o creación de nuevas relaciones, la falla en este proceso lleva a situaciones patológicas como la depresión

Estrategia de intervención ante el duelo

- Facilitar la expresión verbal
- Señalar el carácter transitorio del duelo
- Ayudar a elaborar rituales de aceptación de pérdidas afectivas (Ej Poner una cruz en el lugar presumible de la muerte).
- Permitir la expresión de sentimientos, especialmente culpa.
- Razonar las ideas y actos negativistas
- Ayudar a superar la negación, confrontándola con la realidad.
- Mantener las actividades propias de la persona y de su estilo de vida.
- Evaluar las reacciones previas ante situaciones parecidas
- Evaluar los recursos de ayuda y permitir el acceso a ellos.
- Sugerir posibilidades de solución

El duelo es un proceso que se inicia por la pérdida o disminución de algo y termina con la restauración del equilibrio psíquico. Aparte de las pérdidas por sí mismas (personas, amigos, objetos, costumbres, etc.), sus consecuencias son: soledad, desamparo, nuevas formas de vida y responsabilidades

8.6 Conclusiones

- En Colombia es necesario disponer de un modelo básico de intervención psicosocial en desastres con un enfoque preventivo, donde se capacite personal para desplazar en el momento del desastre además de conocer las características particulares de cada una de las zonas del país.
- Se debe impulsar la cultura de la prevención buscando disminuir la vulnerabilidad de los grupos humanos y de esta forma contribuir a su seguridad
- La seguridad debe ser entendida en su dimensión real, no solo como la prevención ante riesgos físicos sino mas aún, como la sensación de tranquilidad que acompaña al individuo seguro de sí mismo cuando es capaz de sostener cierta independencia frente al grupo.

- Es esencial la coordinación tanto al interior del equipo psicosocial como de este con el resto de los equipos que interviene en la emergencia
- En un desastre no solo se ven afectadas las personas que estaban en el sitio, sino también familiares, amigos y personas que de una u otra forma están vinculadas con la zona donde ocurre la tragedia, por esta razón es importante tener en cuenta a estas personas en el momento de intervenir.
- Después de cada intervención en una situación de desastre debe hacerse recolección de resultados y datos para evaluar esas intervenciones, realizar investigaciones y hacer sugerencias para mejorar o mantener buenas estrategias en futuras intervenciones.
- A partir de lo anterior podría crearse (si aun no existe) un instrumento de evaluación y planeación común a todos los organismos que intervienen en Colombia en las diferentes situaciones de desastre

BIBLIOGRAFÍA

SLAIKEU, Karl A. *Intervención en crisis*, Editorial Manual moderno, México 1988.
Gómez Giraldo, Gustavo. Documento: "psicología comunitaria"

SOLANO BERRIO, Alvaro Ennque. *Manual básico de salud mental par agentes primarios de salud, educación y redes sociales*. METROSALUD, Medellín - 1997.

ARTEAGA, Juan y OTROS. *La salud mental en situaciones de desastre*, Editorial Universidad de Antioquia, Medellín - 1993.

COBO PLANA, Jaun A. , ASO ESCARIO, José. *Revisión de los grupos y factores de riesgo en la asistencia psicológica en las catástrofes* Internet - Altavista (personal.redestlo.es/aarmf/psico_cataz.html)

GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz *Revista de protección Civil, colaboración psicología y catástrofes*. Internet - Altavista.

BRENSON LARZÉN, Gilberto y RUIZ, Brenda. *¿Cómo acompañar a sobrevivientes?* *Manual de Intervención en Crisis*. Editorial C.E.P A.D. Managua. 1998.

IX. LA INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL ANTE SITUACIONES DE DESASTRES

Por:

Dora Elena López Osorio
Luz Mery Alarcón Guisao
María Elena Ángel Ochoa
Martha Ligia Sierra Posada

La planeación y prestación de servicios de salud mental después de un desastre, sea natural u originado por el hombre, requiere conocimientos específicos en diversas áreas. Entre los diversos factores que afectan el diseño y prestación de tales servicios se incluyen los conocimientos relativos a la hecatombe misma y sus consecuencias; los damnificados y sus reacciones probables, y los métodos de intervención específicos para brindar la ayuda. La mayoría de los administradores y trabajadores de salud mental tienen experiencia escasa o nula en lo que se refiere a desastres y damnificados. Cuando ocurre el desastre, surge la necesidad inmediata de conocimientos e información para planear y brindar ayuda. Los datos acerca de tipo de desastre y sus consecuencias son necesarios como marco de referencia para la elaboración de planes de ayuda específicos en el área de salud mental. (1)

En caso de un desastre, hay que satisfacer cuatro requisitos principales en la elaboración de un plan sistemático para los servicios de salud mental después de la catástrofe. El primer requisito son los conocimientos acerca de los desastres, la conducta de los damnificados y las técnicas de intervención. El segundo es la información sobre lo que ha ocurrido y quiénes están afectados. El tercero es la evaluación de los grupos más afectados por pérdidas y los problemas psicológicos relativos. El cuarto y último es un plan de acción en que se detallen los objetivo, blancos de los mismos, estrategias, duración y alcance del proyecto de servicios de salud mental propuesto. (1)

Una de las causas para que la atención en salud mental haya evolucionado poco en materia de víctimas de desastres, es la insuficiente investigación existente al respecto, lo cual limita de alguna forma su abordaje.

A partir de la década de los veinte aparecen los primeros estudios sociales sistemáticos sobre los desastres los cuales muestran diferentes concepciones y énfasis. Es así como en 1920 Samuel Henry Prince describió minuciosamente los efectos de la explosión de un barco de municiones en Nueva Escocia, en el cual su hipótesis general fue que los eventos catastróficos generan un rápido cambio social. Para tratar de

demostrar o refutar esta hipótesis se realizaron varios estudios empíricos, algunos de éstos encontraron que los desastres no tienen efectos de larga duración en las comunidades si no que introducen en ellas signos de desorganización, otros afirman que los desastres aceleran o disminuyen la velocidad del cambio pero no provocan transformaciones trascendentales y otros encontraron evidencias empíricas de que los desastres han inducido cambios mayores en las sociedades afectadas.

Después de la segunda guerra mundial surge la primera gran generación de estudios sistemáticos sobre desastres. Por esos años se empiezan a crear instituciones específicamente dedicadas a estos temas y diferentes tipos de investigadores sociales, geógrafos, psicólogos, antropólogos y sociólogos. Se llevan a cabo exámenes empíricos sobre la naturaleza del comportamiento humano y la interacción social en periodos de emergencia provocados por los desastres. Varios de estos estudios muestran que la respuesta humana a los desastres se caracteriza a menudo por altos niveles de actividad, racionalidad y altruismo y no por un comportamiento antisocial, aberrante y criminal, como se afirma hasta entonces (2)

En los países anglosajones los estudios realizados durante la década de los sesenta, estuvieron enfocados al análisis de la estructura y las organizaciones sociales de la conducta colectiva e intentaron ligar conceptualmente la teoría del comportamiento colectivo con la investigación sobre desastres y el análisis organizacional estableciendo normas o reglas determinantes en situaciones de desastre o proponer taxonomía de las respuestas sociales ante estos eventos.

En la década de los ochenta surgieron otros enfoques en investigaciones de los desastres, los cuales consideraron que las sociedades humanas no constituyen entes totalmente integrados funcionalmente, solidarios y estructuralmente organizados que solo por efecto de agentes externos (como serían los fenómenos naturales destructivos), resultan trastornados y perturbados y rechazan abiertamente el método inductivo e insisten en analizar de manera endógena la totalidad de factores internos que intervienen en una determinada sociedad antes y después de un desastre. (2)

Una alternativa para avanzar en la atención psicosocial a población víctima de desastres es promover su investigación ya que en la medida que se conozca y caracterice un evento, se puede planear su intervención

El término investigación se refiere al estudio sistemático, controlado, empírico, reflexivo y crítico de proposiciones hipotéticas sobre supuestas relaciones que existen entre fenómenos naturales. Permite descubrir nuevos hechos o datos, relaciones o leyes, en cualquier campo del conocimiento humano. Es una indagación o examen cuidadoso en la

búsqueda de hechos o principios, una pesquisa diligente para averiguar algo. (3)

A través de la investigación se aplican los procedimientos del método científico a la solución de cuestiones acerca de hechos significativos; con ella se trata de resolver problemas, encontrar respuestas a preguntas y estudiar la relación entre factores y acontecimientos.

La investigación es un procedimiento mediante el cual se recogen nuevos conocimientos de fuentes primarias que permiten el avance científico; busca acrecentar los conocimientos teóricos y comprobar y desarrollar teorías basadas en principios y leyes. Sus proposiciones hipotéticas permiten hacer inferencias, generalizaciones y predicciones de las relaciones entre factores fenómenos o hechos sobre la totalidad de la población, mediante la aplicación de técnica de contraste. En otras palabras, esto significa que la investigación sirve para conocer la realidad de la problemática, buscar alternativas de solución y evaluarlas en función del impacto o resultado en la solución de los problemas estudiados. (3)

9.1 Tipos de estudios o métodos para investigar

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, pueden ser prospectivos o retrospectivos; según el período y secuencia del estudio pueden ser de tipo transversal o longitudinal, según el control que tiene el investigador de las variables en grupos de individuos o unidades, pueden ser de cohorte o casos y controles; según el análisis y alcance de los resultados pueden ser descriptivo, analítico o experimental. (3)

9.2 Estudios descriptivos

Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos de estudios, son la etapa preparatoria del trabajo científico, estos presentan los hechos o fenómenos pero no los explican sino que sugiere asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos, da base para plantear hipótesis que conducen a otras investigaciones. Este tipo de investigación no tiene hipótesis explícitas.

Mediante los estudios descriptivos se puede investigar las características de la población, magnitud de un problema en términos de su prevalencia (casos nuevos y viejos de un evento), incidencia (casos nuevos), proporción entre otros, factores asociados al problema, eventos epidemiológicos, sociológicos, educacionales, administrativos

Por la característica de los estudios descriptivos, éstos son prácticos para la investigación en salud mental en situaciones de desastres naturales o violentos ya que permite describir y caracterizar la situación de salud mental en poblaciones expuestas a desastres

Todo estudio descriptivo debe contener los siguientes aspectos: Introducción, marco de referencia, objetivos, metodología, resultados, conclusiones y recomendaciones.

Ante situaciones de desastres naturales o de violencia, la intervención psicosocial puede agruparse en dos grandes líneas: unas orientadas al individuo y su familia que son las que se conocen como clínicas, en ellas se aplican conocimientos de psicopatología, psicodinámica, biología y psicofarmacología. Las segundas reconocen que el foco del diagnóstico, tratamiento y vigilancia continua no solo comprende al paciente y a su familia, sino también a la comunidad. (4)

El diagnóstico puede ser otra metodología para la investigación en salud mental ante situaciones de desastres. En este sentido el diagnóstico que realice el personal del área psicosocial para su intervención, debe estar orientado a estos dos aspectos, un diagnóstico comunitario y un diagnóstico de la comunidad.

El diagnóstico comunitario consiste en un proceso cuantitativo y continuo cuyo objetivo es establecer la distribución y los determinantes del estado de salud – enfermedad de la comunidad o sector definido de ella y se apoya principalmente en la epidemiología. El diagnóstico de la comunidad es un proceso cualitativo el cual consiste en la identificación y caracterización de la comunidad desde el punto de vista estructural y se apoya en las ciencias sociales. El primero define, principalmente, un estado de salud o enfermedad; el segundo una condición de salud. (4)

El diagnóstico comunitario debe seguir una metodología para su desarrollo la cual contempla

- Definición de la población sobre la cual se hará el diagnóstico. Esta definición es de carácter operativo. Por ejemplo, todos los alumnos de las escuelas de primaria.
- Formulación de los objetivos del diagnóstico: Es un enunciado claro y preciso de las metas y propósitos que se persigue, incluye preguntas como: el qué se quiere realizar, para qué, el cómo, cuándo y dónde.
- Definición de los métodos que se emplean en el proceso diagnóstico: Los métodos pueden ser descriptivos, analíticos y mixtos.

Los descriptivos permiten medir la prevalencia o incidencia y la distribución en la comunidad de un aspecto dado de salud mental

Este diagnóstico se traduce en representaciones cuantitativas con indicadores como tasas de mortalidad y morbilidad.

En el diagnóstico analítico el objetivo es buscar asociaciones existentes entre los factores de riesgo (causas) y las consecuencias (efectos), este tipo de diagnóstico permite identificar los factores causales o determinantes del problema seleccionado. El diagnóstico mixto es una combinación tanto del diagnóstico descriptivo como del analítico.

Una vez se defina el método para el diagnóstico comunitario, debe detallarse los instrumentos a utilizar para la recolección de la información.

Cuando se trata de investigaciones o diagnósticos de salud mental en situaciones de desastre, se recomienda la utilización de instrumentos ágiles y simples que permitan realizar tamizajes, para ello se dispone de escalas específicas de detección de trastornos, estas pueden aplicarse a toda la población o más frecuentemente hacer un muestreo. Cuando se define trabajar con una muestra de la población, es importante que tanto el cálculo como la selección de la muestra se realice técnicamente para asegurar la validez en la inferencia de los resultados al total de la población.

Aunque existe en la literatura una gran variedad de escalas e instrumentos sencillos para la realización de tamizaje de los trastornos mentales; para efectos de este trabajo solo se abordan aquellas que permitan la identificación de problemas o trastornos mentales generados por los desastres naturales o violencia como son estrés postraumático, alcoholismo, depresión, trastorno de ansiedad, estado de ánimo y consumo de sustancias psicoactivas.

- Estudio de la distribución del trastorno u otro aspecto de salud. Comprende el análisis de la información previamente recolectada y tabulada de tal forma que permita su cuantificación como tasas de incidencia o prevalencia entre otros. Donde el denominador esta constituido por toda la población en la cual se estudia el evento y el numerador lo constituye el número de personas que presentan el evento
- Conclusiones y recomendaciones: Una vez conocido los resultados del diagnóstico se resaltan los hallazgos más importantes sobre los cuales se realizan las recomendaciones para la intervención.

9.3 Instrumentos utilizados en los diagnósticos

Aunque el concepto de salud mental se ha visto enfrentado a la dificultad de su delimitación, se ha reconocido la importancia de acceder a un marco conceptual que oriente al desarrollo de una política nacional, integral y coherente.

Cualquier definición de salud mental no debe en ningún momento separarse de la noción de salud general, a riesgo de concebir una visión fragmentada y parcial del ser humano y de la salud. (5)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define la salud mental "como un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden traducirse en el medio ambiente físico y social. (6)

La medición de los aspectos que se refieren a la salud mental difieren ampliamente de la medición de aspectos orgánicos, ya que los segundos pueden tener formas "objetivas" de evaluar la salud, en cambio en los primeros estas mediciones pueden ser muy "subjetivas". (7)

Esta situación creó la necesidad de elaborar test o escalas que permitieran evaluar la salud mental; fue así como desde la segunda guerra mundial se inició la construcción de estos instrumentos para evaluar de manera individual, la salud mental de los soldados y posteriormente estos instrumentos fueron valorados y estandarizados.

Las técnicas de medición de las escalas originalmente fueron desarrolladas por la psicología social para medir actitudes y su uso permitió sistematizar los procesos de la medición subjetiva.

Algunos autores han tratado de clasificar la medición en salud de varias formas; una de ellas es la funcional, la cual distingue la medición según su propósito de diagnóstico, pronóstico o evaluación. Dentro de estos test están las escalas para evaluar eventos de salud mental con cualquiera de estos tres fines. (7)

Otra clasificación muy frecuentemente utilizada es la específica del evento de acuerdo al objeto de la medición del evento a evaluar: depresión, ansiedad, calidad de vida, satisfacción del usuario, entre otros; cada uno de estos eventos tendrá una escala para su medición.

Para tomar la decisión de que instrumento utilizar en la recolección de la información, cuando se realiza un estudio descriptivo o diagnóstico de

salud mental en situaciones de desastre, es necesario conocer algunas generalidades sobre las consecuencias psicológicas que estos eventos producen sobre el ser humano.

Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado la muerte, lesiones considerables y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o naturales: las dos categorías guardan similitud en cuanto a sus posibles consecuencias en la salud mental (1)

Según Erikson, los desastres pueden generar dos tipos de trauma psíquico, el individual y el colectivo. Definido en trauma individual como "Un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz" y el colectivo como " Un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad. (1)

Frederick, al hablar de los desastres como crisis, no tarda en diferenciar los términos "crisis" y "emergencia". Una crisis es un período crucial, que varía desde minutos hasta meses, en que una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere acción pronta. (1)

El estrés y la crisis son conceptos psicofisiológicos relacionados. El estrés se define como tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos, o ambas cosas, llamados factores estresantes. Una crisis es un período crucial decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales, es un período limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital del individuo. (8)

Los conceptos de estrés y crisis se relacionan a su vez con los de pérdida y duelo, apoyo social o emocional, y resolución de crisis y adaptación.

El análisis de pérdida suele enfocarse a la muerte, pero puede abarcar la destrucción de bienes materiales o el desempleo repentino; la disfunción física, social o psicológica o la separación respecto de los seres amados. El duelo y la pena, por lo tanto, son procesos emocionales que se derivan de la experiencia de pérdida.

Las personas que sobreviven de masacres suelen padecer trastornos adaptativos y síndrome de estrés postraumático, presentan desconfianza y temor crónico. Los principales síndromes se manifiestan por medio de depresión, angustia o ansiedad, psicosis, miedo, duelo y pérdida. (9)

Existen en la literatura las siguientes escalas para tamizaje de trastornos mentales entre otras:

- *Para trastornos emocionales diversos*, la Entrevista Epidemiológica Psiquiátrica – El PERI en original en inglés – (Dohrenwend y Cols., 1980) o el Cuestionario General de Salud, GHQ en inglés (Florenzano y Cols., 1984).
- *Para trastornos de ansiedad*, escala de zung para ansiedad.
- *Para síntomas depresivos*, el conocido como escala de Zung para depresión (Zung, 1965) o el de Beck (Beck y Cols., 1961).
- *Para ingesta excesiva de alcohol*, el adaptado por Florenzano (1988), o el CAGE, o el CIDI 2, entre otros. También se cuenta con el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV.

Con base en la bibliografía revisada sobre los efectos de los desastres sobre la salud mental del ser humano, se tendrá en cuenta para el presente trabajo los siguientes instrumentos:

- *Test de Zung para depresión*: hace el diagnóstico de la depresión
- *Test de Zung para ansiedad*: Hace el diagnóstico de la ansiedad
- *El CAGE*: hace el diagnóstico de abuso de alcohol
- *El DSM IV*: hace una clasificación de los trastornos mentales, según criterios diagnósticos.
- *El PRIME – MD*: hace el diagnóstico de estado de ánimo, ansiedad, alcohol, hábitos de comida y trastornos somatomorfos.

Todos los anteriores instrumentos han sido utilizados y validados en Colombia excepto el PRIME MD, el cual valdría la pena que se trabajara en situaciones de desastres con el fin de validarlo para Colombia.

9.4 El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

El DSM IV es un manual elaborado por más de 1000 personas y numerosas organizaciones profesionales, consiste en un glosario que contiene las descripciones de las diferentes categorías diagnósticas de trastornos mentales, que surgió como respuesta a la necesidad de disponer de una clasificación de los trastornos mentales; fue así como en 1840 se realizó el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales, el cual consistió en el registro de la frecuencia de una categoría, llegando a diferenciar en 1880 siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, parestia, demencia, dipsomanía y epilepsia. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística.

Más adelante, el ejército de los Estados Unidos realizó una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial. Al mismo tiempo, la organización mundial de la salud - OMS publicó la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales y que estuvo muy influenciado por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para la psicosis, nueve para la psiconeurosis y siete para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia. (10)

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM I, el cual consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica.

Debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Se puede pensar que su trabajo ha inspirado muchos de los trabajos recientes en la metodología diagnóstica: muy especialmente su énfasis en la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Sin embargo la posterior revisión, que condujo al DSM II y la CIE-8, no siguió las recomendaciones de Stengel. El DSM II fue similar al DSM I, pero con la desaparición del término "reacción". (10)

Posteriormente, se construyó el DSM III simultáneamente con la CIE-9. Este DSM III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas cuyo objetivo era proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores; sin embargo la CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, su función primordial era establecer categorías con la finalidad de facilitar la recolección de datos estadísticos referentes a salud pública. Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en los Estados Unidos, convirtiéndose en CIE-9 modificación clínica (MC).

Posteriormente se elaboró el DSM IV, el cual es una clasificación de los trastornos mentales para uso clínico, educacional y de investigación y contiene tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: una discusión sobre variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM IV, una descripción de los síndromes relacionados con la cultura no incluidos en el DSM IV, y directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y documentar de manera

sistemática el impacto del contexto cultural del individuo. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizadas por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin seguirse como un libro de cocina. (10)

REFERENCIAS

1. Cohen E, R E y Ahearn, Federick Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. México. 1980. P. 1,2
2. Saavedra A, M del R. Desastre y riesgo. Actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná. Santafé de Bogotá. 1996. P 30-31
3. De Alvarado, E.L., Pineda, E.B. y Pineda, B.E. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la salud México. 1986.
4. Organización Panamericana de la Salud Temas de salud mental en la comunidad. Diagnóstico comunitario. Washington 1992. P.17.
5. Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y Prevención. Programa de Comportamiento Humano. Política Nacional de Salud Mental. Colombia. 1998. P. 39
6. Torres, Yolanda. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1997. P 1.
7. Lopera J, Josefina, Rodríguez G, María de los A. Y Mejía M, Roberto. Propuesta de una escala DUSI- R abreviada. 1999
- 8 Sierra P, Martha Ligia y Herrera M, Martha Helena Intervención en salud mental individual y colectiva a población víctima de violencia. 1999
9. Ministerio de Salud. Dirección general para el Desarrollo de Servicios de Salud. Subdirección de Urgencias, Emergencia y Desastres. Lineamientos para la Atención Psicosocial de Desplazados por la Violencia en Colombia. Santa Fé de Bogotá. 1999.
10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.