

Intervención en Crisis en Situaciones de Emergencia

Liliam Álvarez R y Ana María Bayón P

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana

Junio de 2010

## Resumen

La ocurrencia de situaciones derivadas de amenazas de índole natural y humano, ha permitido el establecimiento de una mirada integradora sobre sus consecuencias, psicológicas y emocionales, que afectan hoy en día a personas grupos y comunidades; es en este escenario donde una de las prioridades se centra en la protección de la salud mental de la población afectada, entendiéndose esta como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus necesidades, donde se presenta un equilibrio entre el individuo y su entorno sociocultural, lo que permite alcanzar un bienestar y calidad de vida. Debido a esta situación, hoy en día ha incrementado la respuesta frente a diversos efectos de una emergencia, mediante la planificación de acciones de respuesta integral, que va desde la identificación de riesgos y amenazas, la aplicación de técnicas que brindan a las personas en crisis herramientas para recobrar el control de la situación, hasta el fortalecimiento de capacidades y el establecimiento de planes de recuperación, que logren restablecer las condiciones afectadas por su ocurrencia; es así como el objetivo del presente artículo se centra en la identificación del conjunto de acciones que permiten dar respuesta en el orden distrital al proceso de intervención en crisis, dirigido a la población afectada en el contexto de una situación de emergencia o desastre de origen natural o antrópico, de acuerdo a políticas y programas existentes.

**PALABRAS CLAVE:** Desastres naturales y antropicos, salud mental, intervención en crisis, situaciones de emergencia.

## Abstract

The appearance of situations derived of natural or human threatens , has permitted the establishment of an integrative view about its consequences, taking not only the ones of physical, social and economic origin but also taking on account the psychological and emotional facts that concern now days persons, groups and communities. In this context, the primary concern is the protection of mental health of the victim, that refers as a state of well being in which each person is consent of its needs, and represents a balance between the person and his socio cultural environment allowing the person to achieve well being and life quality. Because of this situation, now days the response to an emergency has increased, through the pacifications of actions in integral response, through a process that goes from the identification of risks and threatens and the fortification of different plans for the recovery of all the affected conditions by the disaster, this is how the objective of this article is to identify the actions that permit a distrital response to the crisis

intervention process for the victims in an emergency or disaster of natural or antropic origin.

**KEY WORDS:** Disaster, vulnerability, emergency situations, mental health, psychosocial well being.

### **Intervención en Crisis en Situaciones de Emergencia**

Las emergencias y los desastres son un tema que compete a todo los países del mundo y en Colombia estos eventos han aumentado en los últimos años por diversas causas, algunas de estas de orden natural, donde factores asociados con el cambio climático o calentamiento global, han contribuido al desarrollo de modificaciones ambientales, que incrementan el riesgo de problemas sociales y económicos. Guzmán (2010), manifiesta que “dada la posición geográfica de Colombia y la población asentada de manera informal, en lugares cercanos al mar, el país se hace vulnerable ante los cambios climáticos: posibles huracanes, modificación en los cultivos y en los alimentos y cambio en las tierras por las sequias y las fuertes lluvias”, así como efectos antrópicos, generados por acción directa del hombre, que provocan desastres o situaciones de emergencia cuando entran en complicidad con factores de vulnerabilidad, como la manipulación de materiales radioactivos, transporte indebido de materiales tóxicos o peligrosos, conexiones eléctricas inadecuadas, terrorismo, contaminación ambiental, entre otros. (Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres, 2004), este tipo de situaciones, fue evidenciada por el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2010); el informe de acción humanitaria sostiene que “en Colombia el recrudecimiento de los conflictos armados en diversos puntos del país elevó aún más los niveles de desplazamiento y violencia”. Es por esto que en el país se han establecido políticas para la atención de emergencias y desastres por parte de instituciones de orden gubernamental y no

gubernamental, reglamentadas por Sistema Nacional para la Atención de Desastres en Colombia, especializadas en el abordaje de estas situaciones, los servicios y la atención que se realiza a la población afectada es en diversos ámbitos como la salud física, mental y el restablecimiento en temas de vivienda y satisfacción de necesidades básicas que permitan que las personas retomen el rumbo de su vida afrontando cambios y reestructurando su proyecto de vida.

Es así, como se ha venido adelantando un trabajo arduo que compete al área de la salud en términos de la crisis que producen estos acontecimientos y de la afectación que generan en cuanto al bienestar y la calidad de vida de las personas. Es de público conocimiento que estos eventos producen afecciones de tipo económico, social y ambiental, entre otros, generando conflictos en los grupos de la sociedad, que dificultan el progreso de los mismos y por lo cual se han planificado estrategias para mejorar cada día y así poder brindar una atención más completa a las personas afectadas.

En su constitución, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2003). Partiendo de este concepto, es necesario retomar la intervención en salud mental en situaciones de exposición a eventos de desastres naturales, como un proceso integral en el acompañamiento en la etapa de recuperación permitiendo el cierre de ciclos y la superación de traumas que surgen al experimentar algún tipo de episodio estresante.

En el presente artículo, se toma como referencia las políticas públicas y los protocolos de atención distrital, se desarrolla un marco general, que contempla el análisis de las acciones de respuesta tras la ocurrencia de un evento catastrófico o situación de emergencia, desde una

perspectiva general, se inicia una revisión de los conceptos básicos relacionados con la ocurrencia de situaciones de emergencia y la descripción de la situación actual en materia de atención e intervención a la población en la ciudad de Bogotá, es así, como el objetivo general del presente artículo, se centra en identificar el conjunto de acciones que permiten dar respuesta en el orden distrital al proceso de intervención en crisis, dirigido a la población afectada en el contexto de una situación de emergencia o desastre de origen natural o antrópico, de acuerdo a las políticas y programas existentes.

Hoy en día, las situaciones de emergencia son generadas no solo por desastres de orden natural y tecnológico, a estas, se atribuyen causas de origen antrópico, derivadas de comportamientos humanos, aumentando en la población la exposición a riesgos y amenazas que afectan la integridad individual, el desarrollo familiar y la vulnerabilidad social.( Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002); de acuerdo a esta situación se evidencia la necesidad de articular acciones integrales que permitan ejecutar un trabajo desde la respuesta psicosocial a las situaciones de emergencia concretas, mediante la articulación de un enfoque integral de prevención, (impedir o evitar la ocurrencia de eventos de carácter natural o antropico), respuesta (acciones coordinadas de respuesta frente a una situación de emergencia o desastre), y mitigación (capacidad de recuperación ante las múltiples manifestaciones presentadas a raíz de la ocurrencia de un evento).

Los efectos individuales y colectivos, atribuidos por la ocurrencia de las situaciones de desastre o emergencia pueden ser de corto, mediano o largo alcance, espacio donde emergen variables culturales, sociales, económicas y/o biológicas, relacionadas con capacidades de afrontamiento y recursos personales que permitan superar el suceso; es en este contexto de situaciones de emergencia y/o desastre fluctuantes, donde se evidencian grupos expuestos a un

mayor nivel de riesgo, de acuerdo al escenario de emergencia donde grupos poblacionales como mujeres, niños, niñas, adolescentes y personas mayores no acompañadas, se ubican en un alto grado de vulnerabilidad, entendida esta como “la capacidad disminuida de una persona o de un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse”(Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja - IFCR y de la Media Luna Roja, 2009)

Para efectos de claridad en la comprensión del presente artículo, se hace pertinente identificar las diferencias existentes, así como las implicaciones evidentes de los desastres y las situaciones de emergencia, entendiendo los desastres como aquellas situaciones que por su magnitud y efectos de índole económico y social, superan la capacidad de respuesta de una región, país o nación, y requieren del apoyo y ayuda externa; en contraste, las situaciones de emergencia son los incidentes súbitos que requieren de la coordinación de acciones institucionales locales para enfrentar los efectos producidos por la ocurrencia de la misma. (Secretaría Distrital de Integración Social, 2008).

Dentro del tipo de situaciones de emergencia o destre, que confluyen en el presente artículo, se encuentran las de carácter natural, derivados de situaciones atmosféricas, hidrológicas y biológicas, en los que se agrupan las inundaciones, avalanchas, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, epidemias, tormentas, sismos, entre otros, así como las situaciones de carácter antrópico, atribuibles a las acciones humanas, por ejemplo: incendios, accidentes vehiculares, aéreos, explosiones, contaminación ambiental, violaciones a los derechos humanos, cuyas manifestaciones estructurales o coyunturales afectan de manera global el crecimiento económico de los países, teniendo en cuenta los costos destinados a los procesos de rehabilitación, planes de intervención, así como las acciones de planificación y mitigación de riesgos. (Red de estudios sociales en prevención de desastres en América Latina.1993).

Actualmente, la atención integral en las situaciones de emergencia y/o desastre, se centran en acciones operativas y procesos enfocados a reducir los efectos negativos de la exposición a situaciones catastróficas; dichas acciones están divididas en tres etapas enmarcadas en el antes, durante y después, donde según el estadio de la situación, se adelantan acciones de prevención, mitigación, preparación, alertas, respuesta operativa inmediata, acciones de atención social, entre las que se encuentran el alojamiento, entrega de ayudas alimentarias y no alimentarias y atención psicológica; rehabilitación, reconstrucción y desarrollo sostenible (Secretaría Distrital de Integración Social, 2008).

Una de las acciones encaminadas a la atención social, es la intervención psicológica, dirigida a la población que ha sido víctima de la ocurrencia de un evento estresante extremo, donde es importante actuar desde la premisa de que la forma en que sean auxiliadas las personas, será un factor determinante en la capacidad de la respuesta, recuperación y estabilización (Afanador e Isaza, 2006); es por esto que se hace necesario que las oportunidades y capacidades de respuesta estén dirigidas a contemplar al individuo desde sus cinco dimensiones: lo psicológico, biológico, social, cultural y espiritual; así mismo, se deben articular las políticas, planes y programas logrando reconocer de esta forma la importancia, pertinencia y relevancia de adelantar acciones en la atención integral a la población afectada.

La revisión de artículos y textos relacionados con el tema del presente escrito, permiten profundizar en su contenido, recapitulando hechos y situaciones presentadas a través del tiempo, así como las acciones de respuesta que puedan aportar datos importantes para dar cuenta de la situación socio-cultural que algunos países de centro y sur América han vivenciado durante y después de los eventos estresantes extremos. Además, de describir las acciones y limitaciones

frente a la respuesta en salud mental. A continuación algunos de los sucesos que han tenido mayor impacto, en centro y sur América:

A través de los años se han presentado diversas situaciones que son consideradas como emergencia y/o desastre, las cuales evidencian las acciones nombradas anteriormente, algunas de estas son:

Terremoto, Ciudad de México 1985, la mayor afectación se centro en el Distrito Federal, con una magnitud de 8.1 grados en la escala Richter, calculando víctimas que oscilan entre los 40.000 muertos. La experiencia evidenció las limitaciones conceptuales para entender los procesos individuales y colectivos de índole psicológica, así como en el abordaje terapéutico para la comprensión de procesos. A partir de lo anterior, se abordó un nuevo paradigma que abarca los síntomas como reacciones ante la catástrofe y se plantea la implementación de espacios donde se reelaboren experiencias y vivencias a nivel colectivo en el seno de los grupos de auto-apoyo; también se implementan nuevos espacios, como escuelas y grupos comunitarios para la promoción de la salud mental (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002).

Avalancha Armero, Colombia, el 13 de noviembre de 1985, “una avalancha de tierra del río lagunilla, provocada por la erupción del nevado del Ruiz, termino con la vida de 25.000 personas y dejo un saldo de 20.611 damnificados” (Diario el País Colombia, 2007). La situación presentada, permitió realizar una evaluación de la eficacia de los servicios que en salud mental podía brindar el trabajador de atención primaria en salud (TAPS), dado que a raíz de la catástrofe fallecieron 37 profesionales y trabajadores de salud mental y quedó destruido el hospital psiquiátrico regional. En consecuencia, quedó claro que el sector salud, en especial el nivel primario de atención, tiene bajo su responsabilidad la atención de la mayor parte de las

necesidades psiquiátricas, tanto de la demanda cotidiana, como de la generada por el desastre. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002).

Huracán Mitch en Nicaragua, noviembre de 1998, el paso del huracán por América central, dejó para el país pérdidas aproximadas en 1515 muertos, 885 desaparecidos y 867.752 damnificados; tras la ocurrencia del evento, se encontró que no existía en el país un plan de salud mental ante situaciones de desastres naturales, lo que ocasionó que agencias y grupos del exterior proveyeran servicios a la población afectada (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002).

La Tabla 1, presenta información general sobre los efectos del Huracán MITCH, resaltando de acuerdo a la región el número de población afectada, herida, muerta y desaparecida; disgregada por familia, adultos y niños:

Tabla 1. Resumen final de efectos del huracán Mitch sobre la población Nicaragüense.

Cuadro 1							
Resumen final de los efectos del huracán Mitch sobre la población nicaragüense							
Región	Familias	Adultos	Niños	Población Total	Heridos	Muertos	Desaparecidos
I	21.651	68.762	50.053	118.815		51	360
II	78.800	241.604	206.605	448.209	254	2.316	426
III	3.350	10.087	8.252	18.339		10	
IV	6.371	21.110	17.267	38.377		2	
V	898	2.921	2.515	5.436		7	
VI	34.670	104.097	86.498	190.577		123	98
RAAN	5.987	18.142	16.351	34.493			
RAAS	2.106	6.322	7.184	13.506		6	1
Total	153.833	473.027	394.725	867.752	254	2.515	885

FUENTES: Defensa Civil, 28 de noviembre de 1998.  
Cruz Roja Nicaragüense, 29 de noviembre de 1998.

La asistencia en el campo de la salud mental consistió básicamente en el aporte de recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos y otros profesionales), ofrecidos por más de treinta organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002).

Terremoto de El Salvador, se presentó el 13 de enero de 2001, con una escala de 7.6, en la escala Richter, con una afectación total de 609, muertos y 2400 heridos, donde las principales dificultades que se presentaron en términos de salud mental, se centraron en la falta de un programa de intervención en salud mental estructurado para la atención en emergencias, así como la inexistencia de un equipo especializado en el nivel central, lo que determinó insuficiencia en la cobertura a la población afectada. El evento constituyó un aprendizaje para los profesionales del Hospital Psiquiátrico quienes reconocieron que se podían obtener mejores resultados trabajando en acciones de educación centradas en la población y no esperando a que las víctimas acudieran al hospital. Se promovió la creación de grupos de autoayuda, donde los profesionales reconocieron su falta de preparación para esa labor. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002).

La ocurrencia de las anteriores situaciones, evidenció a nivel general un marco de limitaciones ligadas a la respuesta en salud mental. Algunas de las condiciones se mencionan a continuación:

- Ausencia, en muchas ocasiones, de un programa nacional de salud mental; el tema no está incluido en los planes de salud en situaciones de emergencia.

- Dificultades de la población afectada para acceder a una atención especializada, ya que la misma está concentrada en los hospitales psiquiátricos.
- Escasa preparación de los trabajadores de atención primaria en salud, para el abordaje de los efectos psicosociales de los desastres y/o situaciones de emergencia.
- Dificultades de coordinación entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias” (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2002).

De acuerdo a la revisión histórica documental, la ocurrencia de desastres y sus múltiples consecuencias no solo ha afectado a países subdesarrollados. La sistematización de estas experiencias ha demostrado la desarticulación de centro y sur América, en acciones enfocadas hacia procesos preventivos, sin descartar los avances en el último decenio, que permitieron hacer frente a las situaciones presentadas, abarcando las diferentes ramas de afectación, incluyendo la de salud física y mental.(Cardona, 2001).

En el ámbito nacional, a partir de la ocurrencia de situaciones que ocasionaron consecuencias en diferentes escenarios, se estructuraron las bases legales que en la actualidad sustentan la atención integral en las emergencias y desastres, entre ellas la ley 46 de 1988, la cual reglamenta la creación del Sistema Nacional para la Atención de Desastres, (S.N.P.A.D), conformado por el “conjunto de entidades públicas, privadas y comunitarias integradas, con el fin de dar solución a los problemas de seguridad de la población que se presenten en su entorno físico por la eventual ocurrencia de fenómenos naturales o antrópicos” (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1988), así como el decreto 919/89 que reglamentó su organización y funcionamiento.

Por otro lado el decreto 93 de 1998, por el cual se establece la formulación del Plan Nacional para la Prevención y Atención en Desastres, tiene como objetivo orientar las acciones del estado y de la sociedad civil dirigidas a la prevención y mitigación de riesgos, mediante la profundización en el conocimiento de las amenazas naturales y otras causadas por el hombre como la identificación de zonas de riesgo para disminuir los efectos. La preparación para la atención y recuperación en situaciones de desastre, por medio del fortalecimiento de la capacidad de acción y organización institucional para brindar una respuesta efectiva y la recuperación rápida de las zonas.

A nivel distrital, el decreto 332 de 2004, establece la organización del Régimen y el Sistema para la Prevención y Atención de Emergencias en Bogotá Distrito Capital, donde se clasifican las situaciones de calamidad pública, emergencias y desastres, así como el planteamiento de sistemas de organización y procedimientos generales aplicables para enfrentar de manera adecuada, oportuna y eficaz, las situaciones en sus distintas fases.

Por otra parte el decreto plantea como se debe llevar a cabo el trabajo de las diferentes instituciones públicas o privadas y de personas naturales que participen en las diferentes fases de la emergencia. Así mismo establece el plan de reconstrucción y desarrollo posterior al desastre. (Decreto 332 de 2004 emitido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C).

Según el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, se estableció un documento de política nacional del campo de salud mental en diciembre de 2007, en el cual definió la salud mental como “un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos”.

Esta política tiene como objetivo propiciar la salud mental a través de acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos para aminorar el sufrimiento, restaurar el bienestar emocional y permitir que los colombianos tengan un mejor desarrollo en su vida. Para cumplir con este objetivo, la política plantea diversas estrategias de gestión social, articulación y concurrencia y provisión de intervenciones y servicios, las cuales permitirán llevar a cabo el trabajo planteado en la política.

Para entender de una manera más clara lo anteriormente descrito y comenzar a trabajar más a fondo el tema propuesto dentro de este artículo, es importante tener claridad de algunos conceptos fundamentales. Como primera medida, es necesario comenzar por entender lo que es un desastre y lo que éste conlleva para las personas que son víctimas en algún momento de una situación como esa.

Un desastre se define como “una situación causada por un fenómeno de origen natural, tecnológico o humano, con alteraciones intensas en las personas, bienes, servicios y/o ambiente, de forma que supere la capacidad de respuesta de las instituciones y genera necesidades de apoyo externo” (Secretaría Distrital de Integración Social, 2008, p. 4).

La ocurrencia de un desastre genera al interior de una estructura social, un riesgo, que altera las condiciones de vida, perturbando el proceso de supervivencia individual y colectivo en un área geográfica determinada, donde el grado de vulnerabilidad social que enfrenta el contexto, se retoma como variable en la definición de la ocurrencia de un desastre o una situación de emergencia, entendida ésta como un incidente súbito de origen natural o antrópico que requiere de la coordinación de recursos en la respuesta institucional sin desbordar las capacidades locales para hacer frente al mismo (Secretaría Distrital de Integración Social, 2008).

Así mismo, se identifican los fenómenos que originan los desastres y/o emergencias, en dos clasificaciones origen natural y origen antrópico, los naturales son catalogados como la expresión de la naturaleza y actividad de la tierra y los antrópicos se refieren a las amenazas directamente atribuibles a la acción humana sobre los elementos de la naturaleza así como sobre la población, que ponen en grave peligro la integridad física y la calidad de vida de las comunidades.

La oficina de Asistencia para los desastres y la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América, presenta el ciclo de desastres o emergencias, (USAID/OFDA, 1995), que surgen a lo largo de un episodio.

Como primera medida se desarrollan las actividades de prevención, previas al desastre, mitigación de riesgos, preparación y alerta, donde el objetivo de esta fase se centra en evitar que ocurra el desastre, aminorando el impacto y reconociendo que en ocasiones es imposible evitar su ocurrencia; la preparación estructura la respuesta y la alerta es la declaración formal de ocurrencia cercana o inminente (USAID/OFDA, 1995).

Las acciones de respuesta, son las que se llevan a cabo inmediatamente después de ocurrido el evento, durante el período de emergencia, comprenden acciones de evacuación, de búsqueda y rescate, de asistencia sanitaria y otras, que se realizan durante el tiempo en que la comunidad se encuentra desorganizada y los servicios básicos no funcionan, (USAID/OFDA, 1995). En la mayoría de los eventos adversos, este período es de corta duración, excepto en casos como sequías, hambrunas y conflictos civiles. Es el más dramático y traumático, razón por la cual concentra la atención de los medios de comunicación y de la comunidad internacional.

Las actividades posteriores al desastre, correspondientes al proceso de recuperación, comprenden la rehabilitación, período de transición que se inicia al final de la etapa de respuesta, en el que se restablecen los servicios básicos indispensables a corto plazo; y la

reconstrucción, que consiste en la reparación de la infraestructura y la restauración del sistema de producción, a mediano o largo plazo, con miras a alcanzar o superar el nivel de desarrollo previo al evento. (USAID/OFDA, 1995).

De acuerdo a las fases de desarrollo de una situación de emergencia o desastre natural, a nivel nacional se contemplan las siguientes etapas:

Inicialmente se presenta la fase de reducción, la cual se refiere a las acciones de educación en la mitigación del riesgo, basada en la identificación de riesgos, amenazas, necesidades, capacidades y habilidades a nivel individual y comunitario, frente a la ocurrencia de una situación de emergencia (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja - IFCR y de la Media Luna Roja, 2009).

Las acciones de intervención, frente al desarrollo de la fase de reducción, se centran en el reconocimiento de habilidades individuales, fortalecimiento de capacidades comunitarias, identificación de grupos que presenten alta amenaza frente al riesgo y establecimiento de prioridades de intervención, a partir de la utilización de herramientas como, planes de emergencia, mapas de riesgos, evaluación de daños y necesidades (EDAN), entre otros. (USAID/OFDA, 1995).

En este aspecto, a nivel distrital se destacó la planificación y coordinación de acciones institucionales, frente a la ejecución del simulacro internacional desarrollado del 9 al 12 de octubre de 2009 en la ciudad de Bogotá, donde se realizó la atención de emergencias en 62 puntos de la ciudad, mediante la simulación de diferentes escenarios, entre los cuales se resaltó el de salud mental, frente a los efectos psicosociales en la población afectada por la situación de emergencia, así como en el personal de respuesta, lo que permitió evaluar la pertinencia y eficiencia en aplicación de protocolos a nivel distrital y nacional. (Diario El tiempo, 2009).

Como segunda medida se encuentra la fase de respuesta, catalogada como el conjunto de “acciones humanitarias implementadas con el objetivo de intervenir en una situación de emergencia o desastre y destinadas a salvaguardar la vida, la salud y las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades afectadas” (Plan Estratégico Cruz Roja Argentina, 2005. p. 3). Así mismo, se involucran en este concepto, todas las actividades institucionales de planificación y preparación para brindar esta respuesta. Esta fase se divide en dos momentos:

- Urgencia: Se establece frente al impacto de la ocurrencia del evento, donde se realiza la atención de las necesidades básicas en alimentación, hábitat, aseo, y alojamiento temporal.
- Emergencia: Se refiere a la organización y planificación de acciones, teniendo en cuenta la identificación de necesidades, priorización y movilización de recursos institucionales disponibles y necesarios para hacer frente a la situación.

Por último, se presenta la fase de recuperación y reconstrucción, donde se encuentra el momento de reparación de la normalidad de los servicios básicos de salud, alimentación, energía, vías de acceso, transporte, educación, comunicación, preparación de daños físicos, sociales y psicológicos. (Manual de intervención psicosocial en situaciones de emergencia, Asociación Intersectorial para el desarrollo económico y el Progreso Social - CIDEP 2006, p. 15).

En esta fase se desarrollan las acciones orientadas al restablecimiento de las condiciones habituales de la población afectada, teniendo en cuenta aspectos sociales, económicos, físicos y psicosociales de la comunidad afectada. Con lo anteriormente dicho, se puede evidenciar que una persona que experimenta un evento traumático como lo es un desastre, puede entrar en un periodo de crisis, debido a las consecuencias que esta situación puede traer a su vida.

La crisis, es definida por Cohen (1999) como “Un estado temporal de desequilibrio psicológico, precipitado por un cambio súbito y significativo en la situación vital de un individuo”, el cual es generado por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social (OPS y OMS 2002).

De igual manera es importante mencionar que una crisis no se puede predecir basándose en los eventos que pueden causarlas, ya que una situación puede desencadenar una crisis en una persona pero no en otra, sin embargo algunos eventos como ataques físicos, violaciones, desastres naturales y pérdidas personales, normalmente causan reacciones de crisis en las personas. Estas reacciones de crisis pueden ocasionar que las personas desarrollen algunos desordenes psicológicos más severos. (Benveniste, 2000)

Así mismo, se considera importante revisar algunos avances que hubo luego de la vivencia de desastres o emergencias en diferentes lugares en vista de la falta de guías o documentos para la atención a personas afectadas luego de vivir alguna de las situaciones ya mencionadas.

A partir del incendio en Boston del night-club Coconut Grove en el año de 1942 con 492 víctimas fatales y cientos de heridos, se realizó un informe clínico sobre la reacción normal del duelo y sus etapas, las cuales se dan en tres momentos luego de la pérdida de un ser querido, la primera es la etapa inmediata de impacto o shock, la cual puede durar hasta una semana, la persona durante esta etapa, experimenta falta de motivación, llanto, sensación de irrealidad, negación entre otros, la segunda etapa denominada etapa intermedia de repliegue o depresiva aparece algunas semanas después de la pérdida y puede durar hasta varios meses, se caracteriza

por el anhelo constante por el fallecido, ansiedad y depresión, finalmente la etapa tardía o de recuperación, se da cuando la persona finalmente acepta la pérdida y comprende que el ser amado se ha ido y que debe continuar con su vida, estableciendo la diferencia entre estas y las respuestas desadaptativas presentes en duelos patológicos (Slaikeu, 2000).

Otro fenómeno histórico como la guerra de Vietnam, con las secuelas psicológicas que deja en los sobrevivientes, impulsa a la Asociación Americana de Psiquiatría en 1970 a publicar un manual de primeros auxilios psicológicos en caso de catástrofe, el cual describe diversos tipos de reacciones clásicas a estos y los principios básicos a tener en cuenta para la ayuda a las personas “perturbadas emocionalmente”.

Las personas que experimentan un evento traumático, generalmente llegan a desarrollar un desorden de estrés agudo, el cual es caracterizado por sentimientos de intenso miedo, horror, impotencia, amnesia, ausencia de emociones y sentido de irrealidad, estas personas se sienten ansiosas, irritables, desesperadas y agitadas entre otras. Suelen revivir el evento traumático en sueños y en recuerdos persistentes del momento, lo que produce en ellos en algunas ocasiones, conductas agresivas, sentimientos de culpa y comportamientos autodestructivos y anormales. (Benveniste, 2000).

Por otra parte, Puchol, (2001), expone en su artículo, que la sintomatología que una persona experimenta luego de un evento traumático, puede agruparse en tres categorías. La primera categoría es la de re-experimentación del evento traumático, donde se dan los flashbacks y pesadillas donde se está reviviendo constantemente el evento y reacciones físicas y emocionales desproporcionadas asociadas con acontecimientos relacionados con las experiencias traumáticas. La segunda categoría es denominada incremento activación, en la cual se dan síntomas como la hipervigilancia, problemas de concentración, irritabilidad, agresividad e impulsividad entre otros. Por último propone la categoría de evitación y bloqueo emocional, la

cual se caracteriza por síntomas como la evitación, el aislamiento social, el rechazo y pérdida de interés. (Puchol, 2001)

A raíz de la posible aparición de algunos de estos efectos se contempla la necesidad de brindar atención por parte personas especializadas en salud mental. Por esta razón es pertinente explicar de manera teórica la intervención en crisis permitiendo aclarar conceptos que son útiles para el desarrollo de este artículo.

La intervención en crisis es un proceso, en el cual se busca ayudar a los damnificados a adquirir nuevamente una sensación interna de orden, para que puedan establecerse y procesar las emociones dolorosas e intensas, que acompañan las etapas posteriores al desastre vivido. De igual manera se busca ayudar a los pacientes a aprovechar los recursos de los organismos de asistencia para la recuperación, lo cual les permitirá restablecer su vida y sentirse más cómodos y con confianza en sí mismos mientras logran superar lo ocurrido (Cohen, 1999).

De esta manera, luego de ocurrido el desastre, se brinda una atención psicológica que permita a la persona cerrar ciclos, lo cual se refiere a superar un evento el cual ha sido traumático y ha creado un estado de desequilibrio en la persona que lo ha vivenciado, y comprender algunos de los cambios que tendrá su vida luego de vivir un episodio de desastre. La mayoría de las personas que se ven afectadas por un episodio de desastre, incurren en un desequilibrio no solo mental sino también en ocasiones físico por falta de suplir las necesidades básicas como la alimentaría, el sueño e higiene, entre otras, lo cual lleva a que esta persona posiblemente desarrolle un cuadro que necesite de una intervención en crisis (Cohen, 1999).

Esta intervención se brinda de acuerdo al momento en el que se encuentre la persona luego de la emergencia, la intervención en crisis puede ser brindada en primera y segunda instancia donde las diferencias entre una y otra consisten en tiempo, quien la está brindando, en

dónde, el procedimiento y las metas propuestas en el momento de la intervención (Slaikau, 2000).

Las intervenciones de primera instancia por lo general son cortas (una sesión) y la ayuda es brindada por cualquier persona de la comunidad que esté presente en el momento que surge la necesidad en cualquier emergencia, esta ayuda puede ser brindada por policías, enfermeras, cajeros en los bancos, padres y maestros entre otros. Esta intervención es llevada a cabo generalmente en el lugar donde se desarrollo la emergencia, o en el lugar a donde las personas han sido trasladadas inmediatamente después de esta, como son los hospitales, la escuela, el hogar, la calle o ambientes de trabajo entre otros (Slaikau, 2000).

Así mismo, Villalobos, A (2009), describe diversos aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta al realizar una intervención primaria. Como primera medida el escuchar a la persona damnificada es primordial, ya que la persona necesita desahogarse, por lo cual necesita a alguien que lo escuche, sin embargo si la persona no desea hablar, es cuando la intervención en crisis se vuelve más precisa, ya que en este caso la víctima estará reprimiendo sus sentimientos, lo cual le hará más difícil superar el evento. Por otra parte se luego de establecer un contacto psicológico, se deberá analizar las dimensiones del problema y sus posibles soluciones, lo cual permitirá que la víctima pueda ver hacia el futuro y entender que a pesar de lo ocurrido puede continuar con su vida. Por último se deberá asistir a la persona en la ejecución de actos concretos como a construir nuevas relaciones y a vincularse a diversas actividades y se deberá realizar un seguimiento en donde se verificara el proceso realizado con la víctima. (Villalobos, A. 2009)

El objetivo principal de la intervención de primera instancia es estabilizar al paciente, restableciendo el enfrentamiento inmediato, proporcionando apoyo, reduciendo la mortalidad y brindando recursos de ayuda. Esta intervención se realiza mediante los cinco componentes de

los primeros auxilios psicológicos los cuales son: realizar un contacto psicológico, el cual se refiere a invitar al paciente a hablar, escuchando y demostrando un interés por comunicarse con él, para que la persona se pueda sentir comprendida, aceptada y apoyada, lo cual reduce la intensidad del aturdimiento emocional logrando la reactivación de su capacidad de resolución de problemas (Slaikau, 2000).

Luego se busca realizar un análisis de las dimensiones del problema, en donde se debe indagar acerca del pasado inmediato del paciente, es decir del evento traumático vivenciado por la persona, para poder comprender más a fondo que ocurrió, cuales son las necesidades presentes y futuras de este y en qué estado se encuentra, tanto emocional como físico, cuáles son sus redes de apoyo y que procedimientos se deben seguir, de esta manera se le puede brindar a la víctima una ayuda más completa y adecuada según sus necesidades y expectativas, lo cual le permita aceptar más fácilmente lo ocurrido y superarlo para poder continuar con su vida (Slaikau, 2000).

A continuación se realiza un sondeo de las posibles soluciones, en donde se debe identificar una o más alternativas para resolver necesidades inmediatas y posteriores del paciente. Se debe asistir en la ejecución de pasos concretos, lo que se refiere a ejecutar soluciones inmediatas para satisfacer las necesidades principales de la persona, dependiendo de si esta es capaz o no de actuar en su propio beneficio. Finalmente, realizar un seguimiento para verificar el progreso, en donde se debe verificar el procedimiento realizado con la persona y la satisfacción de las necesidades inmediatas (Slaikau, 2000).

Por otra parte, la intervención de segunda instancia, tiene una duración más larga, la cual puede ser de semanas e incluso meses, esta intervención es llevada a cabo por personas especializadas del área de la salud, como psicólogos y psiquiatras (Escobar, 2003).

Esta terapia es realizada en centros especializados, como clínicas, centros de salud mental y consultorios entre otros, el objetivo principal, es resolver la crisis, superar el incidente, integrarlo a la trama de la vida de la persona y establecer la disposición de la misma para encarar el futuro (Escobar, 2003).

La intervención se lleva a cabo mediante la terapia multimodal para la crisis, la cual está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis, reduciendo la vulnerabilidad del paciente a desarrollar diferentes secuelas psicofisiológicas como consecuencia del incidente que la causo, buscando que la persona logre de nuevo un equilibrio que le permita sobre pasar las dificultades presentadas por el episodio de desastre y/o emergencia, para continuar así con su proyecto de vida o la reformulación del mismo (Escobar, 2003).

Por otro lado la atención que se brinda a la población afectada solo puede ser estandarizada hasta cierto punto, ya que las diferencias culturales, religiosas, entre otras, influyen de manera importante en el proceso de intervención que se lleva a cabo con cada una de éstas, teniendo en cuenta que es primordial establecer rutas que permitan cumplir con los objetivos planteados en la intervención. Al brindarle a la persona la intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, puede disminuir o evitarse por completo el riesgo de desarrollar un desorden de estrés agudo, el cual si no es tratado a tiempo y de la manera adecuada, puede convertirse en un desorden de estrés post traumático, lo que puede causar en el paciente disfuncionalidad en ciertas circunstancias (Benveniste, 2000).

Para tratar este desorden, se debe procurar que el paciente recuerde el evento y comience a hablar sobre este, lo cual permitirá que la persona comience a comprenderlo, a analizarlo en pequeñas partes, dominarlo y hacerlo más inteligible, logrando su aceptación y superación para volver a retomar su vida (Benveniste, 2000).

De esta manera se puede ver la importancia de estabilizar a la persona en el momento inmediatamente posterior al desastre y ofrecerle una intervención pertinente, la cual evitará o reducirá el desarrollo de consecuencias que influirán de manera negativa la vida del damnificado.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada persona vive su experiencia del evento traumático o desastre, de una manera diferente, lo cual debe tenerse en cuenta dentro de la intervención que se va a realizar, pues los niños, las mujeres, los hombres y las personas mayores, tienen enfrentamientos diferentes los cuales puede obstaculizar o facilitar sus acciones ante la crisis, a corto o largo plazo posteriormente al desastre (Saenz y Salas, s.f).

Así mismo, algunas personas que presentaron angustia y síntomas inmediatamente después del desastre como, alteraciones del comportamiento, desorganización personal, ideas suicidas y emociones intensas entre otros, uno o dos años después pueden ya haber superado todos los síntomas y traumas que desarrollaron a causa del evento y por el contrario, algunas víctimas que no desarrollaron ningún tipo de síntomas o trastorno inmediatamente después del desastre, uno o dos años más tarde, pueden comenzar a desarrollarlos y comenzar a mostrar angustia y síntomas relacionados con el evento (Ehrenreich, 1999).

De esta manera, queda claro que cada persona puede enfrentar y vivir esta experiencia traumática de una manera diferente, así como llevar a cabo un proceso de superación y reorganización de su vida según como haya manejado y trabajado las consecuencias que el evento trajo a su vida.

Existen algunos factores que pueden incrementar el riesgo de que la persona desarrolle efectos psicológicos más severos después de experimentar un evento traumático. Entre más fuerte sea el desastre y más extremas sean las experiencias de la persona, aumenta la probabilidad de desarrollar efectos psicológicos más duraderos (Ehrenreich, 1999). De igual

manera el tipo de desastre, influye en el grado de consecuencias que puede experimentar la víctima, las mujeres que son madres de hijos pequeños, los niños entre cinco y diez años y personas con una experiencia previa de un trauma, suelen ser más vulnerables; por último, la disponibilidad de redes de apoyo, lo cual se define como todas aquellas interacciones o relaciones sociales que brindan una conexión entre las personas la cual les genera bienestar y puede darse de diversas maneras, puede ser emocional, lo cual se refiere a las muestras de empatía, amor y confianza, apoyo instrumental lo que implica todas aquellas conductas que van dirigidas a solucionar el problema de alguna persona, apoyo informativo que es cuando se le da a la otra persona la información necesaria para solucionar su problema y finalmente apoyo valorativo, pueden reducir los efectos negativos y duraderos en la persona. (García, 2003)

Finalmente, es importante tener en cuenta, que ante un desastre, toda la comunidad se encuentra afectada por lo ocurrido, incluso en algunas ocasiones las personas que están brindando la ayuda y realizando los primeros auxilios psicológicos. Por esta razón es primordial que la persona que está realizando la intervención, tenga en cuenta algunos aspectos esenciales para poder llevar a cabo la intervención de la manera más adecuada (Benveniste, 2000).

Como primera medida, el cuidado de sí mismo tanto física como emocionalmente es un aspecto importante, por lo cual deben alimentarse bien y descansar cuando es necesario, debido a que el trabajo que están realizando es agotador y si no se cuidan a sí mismos no pueden brindar ningún tipo de ayuda útil a las otras personas.

De igual manera deben tratar de pensar claramente, pues en un momento de crisis la persona puede confundirse y perder la perspectiva, por lo cual es importante que mantengan la calma y definan prioridades en el momento de atender cada caso, deben mirar lo que es importante y lo que no es, para poder intervenir adecuadamente, realizando una valoración pertinente (Benveniste, 2000).

Además de lo anterior, se señala que, el trabajo interdisciplinar es importante en estos casos, ya que de esta manera hay más colaboración y supervisión entre todos, lo cual permite que las intervenciones realizadas se lleven a cabo de una manera adecuada (Benveniste, 2000).

Con lo anteriormente descrito, se evidencia la importancia no solo de brindar una respuesta eficiente y asertiva en un momento de emergencia por parte de las instituciones especializadas, sino de realizar un trabajo con las víctimas, donde el bienestar no solo físico sino emocional sea primordial, ya que esto será lo que disminuya la vulnerabilidad de las personas a desarrollar diversas problemáticas que pueden afectar su funcionalidad en la vida diaria.

Es así, como de acuerdo a la revisión teórica realizada frente al tema y con relación a las políticas y los protocolos de respuesta en el área de salud mental, a nivel distrital, existe una coordinación de acciones institucionales, que permite reconocer las capacidades y competencias frente a la atención de necesidades tras la ocurrencia de un evento, relacionadas con la emergencia social e intervención en salud mental, donde, dentro de las acciones planificadas y teniendo en cuenta la experiencia, ha tomado relevancia la preparación en la reducción del riesgo y preparativos para desastres.

En relación a lo anterior es pertinente continuar evaluando la eficacia en la planificación de acciones de respuesta con el fin de reducir la ocurrencia de desastres y la gravedad de sus consecuencias, lo que significa también enfrentar los condicionamientos socio-culturales junto a los problemas de desarrollo que profundizan las amenazas, la vulnerabilidad y desencadenan desastres. Es decir, en la vulnerabilidad y el riesgo frente a estas situaciones inciden en gran medida factores humanos.

Trabajar en las actividades encaminadas en acciones tempranas, frente a la reducción del riesgo bajo un enfoque participativo, donde se vincule a la población en la identificación y

planificación de acciones de afrontamiento, permite fortalecer medios de subsistencia, reducir la vulnerabilidad y fortalecer la resiliencia.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que las emergencias y los desastres son situaciones que en la mayoría de los casos no son prevenibles ya que suceden de manera espontánea, y son causadas por diversas problemáticas ambientales que generan diferentes consecuencias tanto sociales, económicas y políticas entre otras. Por esta razón es fundamental que la comunidad esté preparada para afrontar en cualquier momento esta situación, lo cual puede disminuir los riesgos y mitigar los efectos que trascienden a raíz de una situación de emergencia.

Así mismo, la respuesta otorgada por las diferentes instituciones de orden distrital como nacional, es fundamental no solo para realizar un trabajo de búsqueda y rescate, sino para iniciar el proceso de recuperación y reconstrucción de los daños causados.

Por otra parte se puede concluir que después de una situación de emergencia, la atención a las víctimas es primordial, no solo en la parte física, sino en la psicológica, ya que este es un aspecto que es gravemente afectado, debido a la experiencia vivida, las diferentes pérdidas que pueden tener y las consecuencias que puede tener en su futuro, entre otras.

Es por esto que la intervención en crisis tiene una gran importancia inmediatamente después del evento, pues como se dijo anteriormente disminuye la probabilidad de que la víctima desarrolle diversos trastornos psicológicos que pueden afectar su vida. Debido a esto se considera de gran importancia que dentro de los equipos de rescate y de respuesta inmediata después de un desastre, se encuentren personas especializadas en atención psicológica, las cuales puedan realizar una adecuada intervención en crisis a las víctimas.

Por otra parte, es importante resaltar que la intervención psicológica realizada a las víctimas, depende no solo de la reacción y la habilidad de afrontamiento que tenga la persona

con respecto a lo ocurrido, sino de la manera como el desastre y/o situación de emergencia, haya influido tanto en su presente como en su futuro. Por esta razón, es importante no solo realizar una intervención en crisis dependiendo del estado de la persona, sino brindar un apoyo psicosocial a largo plazo, donde la persona pueda superar el evento traumático y reconstruir su proyecto de vida, ya que en la mayoría de los casos las personas que experimentan una situación de desastre presentan limitación frente al cubrimiento de necesidades básicas (hábitat, alimentación, aseo), así como también la pérdida de alguno o todos los miembros de su familia, por lo cual deben comenzar de nuevo. En ese momento el apoyo y la intervención psicológica se vuelven fundamentales para que las personas puedan adquirir herramientas y habilidades que les permita sobrepasar lo ocurrido y reconstruir su vida.

Es así, que, con el fin de facilitar procesos en la intervención psicológica a las familias que han sido víctimas de una emergencia y/o desastre, se deben tener en cuenta que la participación de un psicólogo es fundamental, ya que es quien puede intervenir y trabajar con la víctima en las diversas áreas afectadas, que se desarrollan como consecuencia de una experiencia traumática vivida.

Como postula Roizblatt (2006) existen algunos factores distales y proximales, los cuales se refieren a aquellas variables que afectan al individuo de manera directa o indirecta. Es importante que el psicólogo trabaje con el sujeto en los factores proximales, ya que la modificación o el refuerzo de estos, puede generar resultados positivos que permitan desarrollar o fortalecer algunos mecanismos protectores como una red de apoyo social estable, o algunas características o cualidades individuales de la persona, que le permitan sobrellevar y finalmente superar el suceso y adaptarse a lo ocurrido.

De igual manera, es importante que el psicólogo tenga en cuenta al momento de realizar la intervención, las diferencias individuales que tienen las personas entre sí al enfrentarse a

situaciones traumáticas, debido a que las experiencias que provoca una misma variable proximal, pueden ser percibidas de forma muy diferente por cada persona, lo cual haría que el trabajo que realice el psicólogo obedezca a la identificación estas, así como de las diferencias culturales y religiosas entre otras. (Roizblatt, 2006).

Así mismo, es fundamental que el trabajo realizado con la persona en cuanto a sus cualidades y características personales, este centrado a desarrollar conductas positivas y adaptativas, lo cual define el concepto de resiliencia. Existen algunos factores que promueven los comportamientos resilientes, como el temperamento de las personas, dentro de los que se encuentra un adecuado nivel de actividad, la capacidad reflexiva y la responsividad frente a algunas situaciones y personas, la capacidad intelectual y la forma como esta es utilizada, la habilidad de resolución de problemas, la naturaleza de la familia, es decir su cohesión, la comunicación, la preocupación por el bienestar del otro y el apoyo, el desarrollo de intereses y los vínculos afectivos externos. Estos factores son puntos clave en el trabajo con las personas afectadas por una situación traumática, ya que al promover un adecuado desarrollo y uso de estos, la persona puede superar y aceptar de una manera más positiva lo ocurrido, evitando así desencadenar posibles consecuencias a corto o largo plazo que puedan afectar su vida (Roizblatt, 2006).

Por otra parte, es importante que el psicólogo trabaje en la reorientación tanto de la persona afectada, como de la familia, lo cual comienza desde que se establece un primer contacto con esta, ya que en algunos casos es probable que en medio de lo ocurrido la persona o su familia no vean alternativas claras para poder sobrellevar y superar la situación, lo cual produciría un malestar y el desarrollo de algunos trastornos psicológicos en un futuro. Por esta razón es fundamental trabajar en el proyecto de vida personal y familiar, encontrando

nuevamente una estabilidad que permita continuar con su vida aceptando y adaptándose a la situación traumática vivida (Walsh, 2004).

Por otra parte, el manejo del duelo tiene una especial importancia en situaciones de desastres y emergencias, ya que en estas constantemente se experimenta algún tipo de pérdida, en lo cual es primordial la intervención de un psicólogo, ya que la persona debe adaptarse y aceptar la pérdida para recuperar su estabilidad interna y equilibrio emocional, y así poder establecer alternativas de solución a su condición. (Walsh, 2004).

En el caso de una emergencia y/o un desastre, la pérdida sería inoportuna, ya que no se espera que esto suceda. Este tipo de pérdida es experimentada por la persona como una injusticia ya que se considera que el fallecido no estuvo el tiempo esperado, terminando con sueños y metas que nunca se podrán cumplir. Así mismo se puede experimentar la pérdida inoportuna al perder partes de su cuerpo que dificultaran posiblemente el desarrollo normal de las actividades del sujeto, al igual que con pérdidas materiales como su casa, el trabajo, el carro, entre otros. Este tipo de pérdida es más difícil de aceptar y se puede complicar debido a la falta de modelos y pautas sociales que ayudan a prepararse y a superarlas. (Walsh, 2004).

De esta manera, la intervención psicológica está enfocada a “la comprensión de los desafíos adaptativos de la familia en el momento de la pérdida y los procesos interactivos esenciales para su recuperación.” (Walsh, 2004. Pág. 284). El psicólogo debe respetar el dolor de la persona y el tiempo que requiere para abordar el significado emocional de la pérdida, así mismo debe ayudar a la persona a establecer nuevas relaciones interpersonales, a realizar actividades conmemorativas a la muerte como compartir su experiencia con otras personas, a asumir una actitud positiva y a reformular su proyecto de vida.

Por último se puede concluir que el psicólogo debe adoptar una posición activa y movilizadora para motivar a la persona, implementando una terapia creativa y flexible,

aportando nuevas perspectivas y esperanzas para lo cual se puede recurrir a las experiencias propias o de otras personas que lograron sobreponerse a dificultades similares. De igual manera el psicólogo debe ser claro con respecto a su rol y a sus límites para poder brindar una ayuda más completa y adecuada a la persona que lo necesita.

## Referencias

- Afanador, S. y Isaza, C. (2006). *Atención psicológica en situaciones de emergencia y desastre en el Distrito Capital*. Departamento Administrativo de Bienestar Social, Secretaría Distrital de Salud y Dirección de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres. Bogotá: Editorial Nomos.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2004, Octubre). *Decreto 332 de 2004*. Recuperado en Mayo 15, 2010, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=14974>
- América latina y el Caribe. (2010). Fondo internacional de emergencias de Las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. *Cuestiones críticas para la infancia y las mujeres*. Recuperado en Junio 8, 2010, de [http://www.unicef.org/spanish/har2010/index\\_tacro.html](http://www.unicef.org/spanish/har2010/index_tacro.html)
- Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2007). Política Nacional del Campo de la Salud Mental Ministerio de la Protección Social. Colombia: Kimpres Ltda.
- Benveniste, D. (2000) Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *Trópicos: La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, 1, 1 – 6. Recuperado el 2 de junio de 2010 de [http://www.thecjc.org/pdf/benveniste\\_intervencion.pdf](http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf)
- Cardona, O. (2001). El impacto económico de los desastres. Red de estudios Sociales en prevención de Desastres en América Latina. Recuperado el 28 de Julio de 2010 de [http://www.desenredando.org/public/varios/2002/pdrd/7-2IED\\_F-may\\_28\\_2002.pdf](http://www.desenredando.org/public/varios/2002/pdrd/7-2IED_F-may_28_2002.pdf)
- Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres*. México DF: Editorial Manual Moderno y OPS.
- Ministro del Interior y Presidente de la República de Colombia. (1998, Enero). *Decreto 93 de 1998*. Recuperado en Mayo 15, 2010, de <http://www.mij.gov.co/econtent/library/documents/DocNewsNo5384DocumentNo4730.PD>
- F

- De Ville, C. (2001). Terremotos en El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 9, 107 – 113. Recuperado el Junio 2, 2010, de <http://www.paho.org/spanish/DBI/es/08-TEMAS-Goyet.pdf>
- Ehrenreich, J. (1999). *Enfrentando el desastre: Una guía para la intervención psicosocial*. Nueva York.
- Escobar, A. (2003). *Apoyo Psicosocial*. Cruz Roja Colombiana Dirección General de Doctrina y Protección. Bogotá.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja IFCR. (2009). *Estrategia 2020*. Ginebra.
- García, A. (2003). *El Apoyo Social*. Recuperado el 29 de Julio de 2010 de <http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/social/social08.pdf>
- Guzmán. (2010). *Impacto del calentamiento global en Colombia*. Recuperado en Junio 2, 2010, de <http://www.universia.net.co/galeria-de-cientificos/noticias-de-la-biodiversidad-en-colombia/impacto-del-calentamiento-global-en-colombia.html>
- Centro Virtual de Noticias Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. (2010, Abril). *Impacto del Calentamiento Global en Colombia*. Recuperado en Junio 2, 2010, de <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-226669.html>
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C (1988, Noviembre). *Ley 46 de 1988*. Recuperado en Mayo 15, 2010, de [http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/ley/1988/ley\\_0046\\_1988.html](http://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/ley/1988/ley_0046_1988.html)
- Martínez, O., Ramírez, J. y Estrada, S. (2006). *Manual de intervención psicosocial en situaciones de Desastres* (2ª ed.). El Salvador: CIDEP.

Oficina de Asistencia para Desastres. (1995). Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades. Material de Referencia. Costa Rica.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2002). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*. Washington D.C.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *La Salud Mental en las Emergencias. Aspectos Mentales y Sociales de la Salud de Poblaciones Expuestas a Factores Estresantes Extremos*. Ginebra: OMS.

Puchol, D. (2001). El trauma Psicológico. Recuperado en 28 de Julio de 2010 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-109-1-el-trauma-psicologico.html>

Cruz Roja Argentina. (2005, Noviembre). *Plan estratégico. Documento de políticas institucionales*. Recuperado en Junio 1, 2010, de <http://www.cruzroja.org.ar/new/img/biblioteca/PI%20Desastres.pdf>

Roizblatt, A. (2006). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Saenz, L. y Salas, J. (S.F) *Intervención psicológica en situaciones de desastre*. Recuperado en Junio 2, 2010, de <http://www.cne.go.cr/CEDO-CRID/CEDO-CRID%20v2.0/CEDO/pdf/spa/doc12549/doc12549-a.pdf>

Slaikueu, K. (2000) *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

Secretaría Distrital de Integración Social. (2008). *Atención social en emergencias. Manual de Campo*. Bogotá.

- Diario El Tiempo. (2009, Septiembre). Simulacro de terremoto en Bogotá. Recuperado en Junio 2, 2010, de [http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/simulacro-de-terremoto-en-bogota-probara-la-preparacion-de-la-ciudad-para-afrontar-una-emergencia\\_6072087-1](http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/simulacro-de-terremoto-en-bogota-probara-la-preparacion-de-la-ciudad-para-afrontar-una-emergencia_6072087-1)
- Diario El Pais (2007, Noviembre). Una Avalancha de Recuerdos. Recuperado en Mayo 24, 2010 de <http://www.elpais.com.co/paisonline/notas/Noviembre132007/nac02.html>
- Urroz, A., Aranda, M. y Morales, C. (s.f) *El Huracán Mitch en Nicaragua*. Recuperado en Junio 2, 2010, de <http://www.paho.org/spanish/dd/ped/gm-nicaragua.pdf>
- Villalobos, A. (2009). Intervención de primera y segunda instancia. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*, 587, 5 – 13. Recuperado el 28 de Julio de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/587/art1.pdf>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar Estrategias para su Fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.