

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Ana María Barrero Reyes

Universidad de La Sabana

Diplomando en Psicología de La Salud

Chía, 2006

Resumen

Crisis es un término común en casi todo el mundo, hoy en día las personas pueden experimentar crisis por diversas causas. El objetivo principal del presente trabajo fue realizar una revisión teórica sobre la intervención en crisis. Los objetivos específicos estuvieron encaminados a conocer las diferentes formas, ambientes y poblaciones en la que se pueden dar una crisis y la manera de intervenirla. Se concluye que es de suma importancia promover la investigación en éste tema, así mismo la capacitación tanto al personal de salud como a la comunidad.

Palabras Claves: Intervención en crisis (SC 12516), prevención del suicidio (SC 50640), prevención (SC 40290), intervención (SC 26323) debriefing (SC 40290).

Abstract

Crisis is a common term all over the World, now a day people can live a kind of crisis because of different reasons. The main objective for this work was to make a theoretical revision about crisis intervention. The specific objectives were meant to know different ways, environments, and populations in which a crisis can be presented and the way to treat it. It has been concluded the importance of searches on this specific topic as well as training for health professionals and community.

Key words: Crisis intervention (SC 12516), suicide prevention (SC 50640), prevention (SC 40290), intervention (SC 26323), debriefing (40290).

INTERVENCION EN CRISIS

Crisis es un término común en casi todo el mundo, hoy en día las personas pueden experimentar crisis por causas económicas, robos, injusticia social, falta de trabajo, relaciones interpersonales, por desastres naturales, etc.; es decir cada una de las personas en algún momento de su vida han experimentado o pueden experimentar crisis.

Es importante definir el término crisis, según González de Rivera y Revuelta (1994) la raíz etimológica viene del sánscrito (skibh) que significa: separar, cortar o distinguir; así mismo este significado fue retomado por los griegos, especialmente por Hipócrates como (krisis), para referirse al momento en el que una enfermedad cambia, ya sea negativa o positivamente. Por otra parte Lidell y Scott (1968), afirman que la palabra crisis viene del chino (weiji) que significa peligro y oportunidad ocurriendo simultáneamente; y que la raíz griega kreinein hace referencia a la decisión.

Actualmente, diversos autores plantean sus significados sobre la crisis, pero uno de los más grandes expositores sobre el tema es Slaikeu (1988) que describe a la crisis como ‘un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo’ (p.11). Por otro lado Benveniste (2001) describe la crisis como un evento traumático que desborda excesivamente la capacidad de una persona de comportarse en su modo usual. Es

decir que las situaciones de crisis dependen de la forma como cada individuo la perciba, la interprete y la afronte; por lo tanto es difícil predecir una crisis basándose en el evento que la precipita, pues el componente subjetivo es el que caracteriza la reacción; además se debe tener en cuenta que hay otros factores que interactúan como lo son las experiencias anteriores, los valores, estrategias de afrontamiento, creencias, redes de apoyo, entre otros (Datillio y Freeman, 2000). Normalmente la persona que experimenta un estado de crisis se caracteriza por la desorganización, desequilibrio, vulnerabilidad, sugestionabilidad, déficit en el afrontamiento en un tiempo determinado.

Sin embargo, Erickson tiene una concepción diferente de lo que puede ser una crisis, pues no solamente se hace referencia a un potencial patológico sino que también lo explica como una oportunidad de crecimiento y desarrollo; es decir es una situación de riesgo y de oportunidad.

Así mismo, Bravo (1988), hace énfasis en cómo las crisis pueden estar presentes en la vida de todos desde la niñez, pues desde el mismo nacimiento de los hermanos, pasando por la entrada al colegio, el contacto con nuevos vecindarios, pérdida de objetos significativo, entre otras hacen parte de las crisis 'normales' que pueda experimentar un niño; sin embargo el maltrato (físico o psicológico), el abuso sexual, la muerte de los padres, exposición a la violencia, constituyen otro grupo de situaciones que se salen de la línea 'común', y que obviamente llevan a momentos críticos.

Las crisis al no ser resueltas correctamente o a tiempo, se corre el riesgo que la persona que experimentó dicho evento pueda padecer graves problemas psicológicos

(García, 2003). Ayudar a estas personas es compromiso de las instituciones gubernamentales y de los profesionales directamente implicados, para que de esta manera puedan garantizar el derecho a la salud mental, ‘el derecho y compromiso de toda persona, familia o grupo para manifestar sus capacidades biomédicas, psicoafectivas y socioculturales, e interactuar en su entorno, de vida cotidiana, de manera satisfactoria’ (García, 2003 p. 32).

Cuando una persona se enfrenta a un situación de crisis o pérdida suele pasar por un proceso de duelo, éste tiene varias etapas que no necesariamente se dan en orden secuencial; evitación, confrontación y acomodación (Corredor, 2002). Sin embargo Cohen y Mannarino (2004) hacen referencia a las implicaciones que tiene un duelo mal resultado o no elaborado, pues éste puede volverse patológico, trayendo consecuencias tales como conductas de negación, represión, dolor, evitación; e incluso ciertas personas pueden llegar a presentar trastornos afectivos o de ansiedad.

Las crisis, y la importancia de la intervención temprana de éstas han llevado a los profesionales de la salud mental a desarrollar diferentes técnicas que les permitan ayudar a las personas de forma eficaz y en corto tiempo, por lo que nace la psicoterapia breve, los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis.

Los principios clínicos para la intervención en crisis son tres (Caplan, 1964; García, 2003; Hillers y Rey, 2005): Oportunidad que hace referencia a la terapia breve de urgencia en un tiempo limitado, que puede tomar de 1 a 6 semanas después del incidente; el énfasis esta en reducir el peligro y en captar la atención del paciente para que éste haga un plan y pueda enfrentar su vida y las nuevas circunstancias. El segundo principio son las metas, donde se busca ayudar a la persona a recuperar su

nivel de funcionamiento. Y el último principio es la valoración de todo el sistema comportamental, afectivo, somático, de interacción y cognoscitivo (CASIC).

Así mismo otros autores afirman como principio fundamental la reducción de la vulnerabilidad psicológica, Marín (2005) plantea que se ha ido desarrollando un paradigma asociado a la comprensión de los sucesos de emergencia, que ha sido denominado Gestión de Riesgo, donde el riesgo matemáticamente se entiende como el producto entre amenaza y vulnerabilidad, y pudiendo tener éste tendencias bajas, su producto nunca podrá ser cero.

Sin embargo un tercer grupo de autores Vera (2001) plantean cinco principios que se deben seguir, el primero es la proximidad, es decir la atención debe realizarse en escenarios cercanos a la catástrofe para evitar volver patológica la situación. El siguiente es la inmediatez, en otras palabras la atención debe ser rápida, para evitar que ciertos síntomas aparezcan o se vuelvan crónicos. El tercer principio son las expectativas, transmitir información positiva sobre sus capacidades para afrontar la situación, aclarar los síntomas normales, y evitar que su autoestima se lesione. La simplicidad es el siguiente principio y este lleva a que el personal encargado de atender la crisis utilice métodos breves y sencillos adaptados a la situación emocional de los afectados. Y por último está el principio de unidad, 'los afectados tienen sentimientos, percepciones e ideas en relación a su experiencia de la catástrofe caóticos y desestructurados, se debe procurar reestructurar dichas expectativas, para facilitar el control' (Vera, 2001 p. 2)

Los principios nombrados anteriormente, a pesar de estar mencionados por distintos autores, y estar enfocados en aspectos diferentes de la intervención, son

complementarios y no presentan contradicciones que lleven a descartar el uso del uno o del otro.

Adicionalmente es importante resaltar que el profesional que atiende en crisis debe tener ciertos atributos especiales que le hacen competente: dichos factores son mencionados por distintos autores (Escobar, Gonzalez y Schürch, 2001; Lorna, 1991; Tardiff, 1995), la primera característica es que se debe estar atento a la excesiva e imprevisible naturaleza de la demanda, pues en esta clase de atención no existe acuerdo alguno de cita previa y normalmente no se conoce al consultante desde antes; otro factor es la limitada disponibilidad de tiempo y más cuando se trata de una situación masiva; existe una mayor posibilidad al riesgo de agresión física, Tardiff (1995) dice que mas del 40% del personal de salud mental reporta haber sido atacado por sus consultantes; un cuarto factor es la preocupación por riesgo de suicidio, seguido como factor importante la colaboración del paciente y acompañante, asociado con la participación activa de los familiares que son importantes para recolectar información y evaluar la posibilidad de una colaboración futura, etc.; y finalmente hay que tener en cuenta las condiciones del tipo de trabajo, dependen esencialmente de éste último la salud mental de los que están a cargo de la situación, y la prevención de desarrollar un estrés laboral.

Hay diferentes escenarios y momentos donde se puede llevar a cabo la intervención en crisis, Lorente (2005a) respecto al ambiente expone en su investigación que es imposible pensar que dicha intervención pueda llevarse a cabo desde una única institución ni desde un único servicio, ya que incluye ámbitos muy diversos desde el punto de vista de la organización social, y ‘sus fronteras son tenues

e imprecisas y se presentan, por tanto, a múltiples solapamientos funcionales' (Lorente, 2005a).

Uno de los principales escenarios, donde se trabaja en la intervención de crisis es cuando ocurren situaciones catastróficas, bien sea producto de un accidente natural (terremoto, erupción volcánica, huracanes, etc.), por causa de un accidente tecnológico (explosión de una industria), por incidentes provocados por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidente aéreo, etc.); en todos estos casos se ve amenazada la vida de las personas, su integridad física, se pueden producir muertes, lesiones, puede haber destrucción, y lo más seguro es que en estos casos siempre existe sufrimiento humano. En una publicación de La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) se afirma que por lo general cuando existen situaciones de éste tipo de emergencias, se sobrecargan los recursos locales, pues se tornan insuficientes y queda amenazada la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad; así mismo los múltiples factores que pueden afectar a cada persona que ha estado inmersa en la situación traumática son tales como la naturaleza tanto somática como cognitiva o psicológica, complican aun más la conceptualización sobre los tipos de reacciones que se pueden producir (Cohen, 2003); es por eso que en aquellos casos se debe realizar una intervención oportuna, haciendo procesos de duelo masivos, reduciendo la percepción de amenaza, controlando el miedo a la reexposición traumática, evitando la criminalización y la culpabilización, y no dar falsas expectativas sobre el proceso judicial (si lo hay) y la posible impunidad; es de suma importancia como terapeuta saber cómo fue la conmoción inicial y la intensidad del

impacto para cada individuo (Organización Panamericana de la Salud, (OPS) 2002; Cohen, 2003).

Durante las emergencias o desastres, es de vital importancia la gestión ambiental; la ubicación topográfica en los escenarios, la estructura y condiciones puede ser un factor que ayude a reducir o minimizar los riesgos psicológicos desde la fase de reacción, según Brunet (2002), la interacción con los afectados debe de hacerse teniendo en cuenta la interacción con otras personas presentes en el lugar, así como las estructuras de grupo existentes en la fase de impacto o las que se hayan ido formando. En el acceso a los escenarios se puede fijar en función del tipo de victimización, estado de la situación actual, vinculación personas y grupo referencial (Brunet, 2002).

El lugar de atención es susceptible a cambios, siendo en los hospitales, clínicas o en la misma zona donde ocurrió el incidente; en eventos específicos como el terremoto del Salvador, Cohen (2001) y la OMS (2001) describen la forma como la atención psicológica fue hecha de forma domiciliaria, atendiendo una a una las necesidades de la población.

Diferentes profesionales de la salud mental intervienen en la atención en crisis, por ejemplo los psicólogos, psiquiatras, enfermeros, y demás personal capacitado para hacerle frente a situaciones de emergencia; hay un factor que normalmente no se tiene en cuenta, éste es la diversidad cultural, en accidentes aéreos o como en el atentado terrorista a las Torres Gemelas era grande el número de distintas lenguas que hablaban las víctimas y es en estos casos donde lo primordial es capacitar a intérpretes en intervención en crisis (Lorente, 2005 b).

Cada una de las personas que pueden participar como personal de apoyo en las catástrofes deberían manejar ciertos códigos internacionales con los que catalogan a los enfermos; Rimbau (2003) explica el significado de cada uno de dichos códigos: El color rojo es para las personas que necesitan asistencia médica inmediata, el amarillo es para las víctimas en que la asistencia puede demorarse hasta un máximo de dos horas, el verde es para los sobrevivientes que no tienen riesgo vital y deben recibir asistencia médica antes de ocho horas, y finalmente esta el color negro, que simboliza a las personas muertas o no recuperables.

Inicialmente, las personas que pueden recibir ayuda psicológica son aquellas catalogadas como verdes, a éstas se les debe practicar una evaluación del nivel de conciencia a través de algún instrumento, Rimbau (2003) sugiere el Glasgow Coma Scale (GCS), también es importante descartar un trauma craneoencefálico si llega haber pérdida de la conciencia. De igual forma el personal de enfermería juega un papel importante Calderón (2003) destaca la relevancia de éste y lo fundamental que resulta la capacitación teórica sobre estos eventos. Así mismo, el rol del psiquiatra es totalmente complementario, y aun más cuando es necesaria la medicación para alguno de los afectados, Rimbau (2003) nombra los tres grupos de medicación psicotrópica utilizada en estos casos, ansiolíticos, neurolépticos y analgésicos opiodes.

Uno de los lugares más importantes, pero en muchas ocasiones relegado es el ámbito educativo, en especial los adolescentes son una población vulnerable pues ellos están en un continuo cambio emocional, tales momentos pueden producir constantes y profundos malestares que pueden llevar al sujeto a lo que se conoce

como crisis existencial; Chistman (1996), dice que este tipo de crisis se relaciona con el estado emocional, al impacto de los estresantes cotidianos y puede llegar en casos extremos a conductas autodestructivas; así mismo, los síntomas más comunes en la etapa adolescente en momentos de crisis según Magaña (1996) son ansiedad, tensión, depresión y agresión, acompañados de llanto, angustia, irritabilidad, tristeza, ideas obsesivas, fobias, malestar físico, dolor de cabeza, consumo de alcohol y otras sustancias, problemas académicos, con los padres y aislamiento social. Como se mencionó anteriormente los registros de la intervención en crisis en el ambiente educativo son escasos, sin embargo Magaña (2003) concluye en su investigación que la orientación educativa tiene una misión básica en el apoyo psicológico por medio de la participación para ser portadores de cambio en sus vidas y en la vida de los otros, sobre todo en la de sus amigos.

Hay otro aspecto en que los colegios pueden ser un escenario útil, tristemente en los últimos años los niños se han visto involucrados en incidentes desagradables como lo ocurrido con la toma de una escuela en Rusia, o el lamentable accidente del bus escolar del Colegio Agustiniiano en Bogotá; según Lalaude (2005), en estos casos la intervención podrá ser colectiva con los grupos de clase, o individual si se detecta la necesidad. Intervenir con los niños implica también hacerlo con padres y maestros y todo el personal bien sea administrativo o educativo de cada institución; pues todos de una forma u otra son víctimas de lo sucedido. Lo más recomendable es retomar la rutina lo antes posible, hacer contención afectiva y rodearse de ambientes familiares. Con los niños es elemental que puedan plasmar de forma plástica sus sentimientos y

emociones, Lalaude (2005) dice que ya sea un dibujo o a través del juego dramático el objetivo es que los pequeños puedan ‘sacar’ los hechos que han visto y sufrido.

Un grupo importante de personas que requieren una intervención en crisis, son aquellas que planean o han intentado suicidarse. Diferentes estudios han arrojado datos tales como que los adolescentes representan un grupo importante en lo que se refiere al suicidio, también los adultos hombres, sin embargo las mujeres adultas realizan más intentos de suicidio que el acto en sí. De cualquier forma estas personas requieren de una atención inmediata, para poder prevenir la muerte.

Hernández, García y Clavijo (2004), describen el suicidio como un problema común en cualquier latitud, que constituye una preocupación para la sociedad, por su significación ilógica, antinatural y frustrante. Pérez (2005a) concluye que es común encontrar en la biografía de adolescentes potencialmente suicidas, historias de vida relacionadas en primera instancia con una infancia problemática, abandono del padre, madre o ambos, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico y/o psicológico. Seguidamente se encuentra que en la población adolescente hay una gran recurrencia de los problemas previos, que se juntan con los dilemas propios de la edad (preocupaciones sexuales, cambios somáticos, independencia, entre otros). Y finalmente la etapa previa al acto suicida se caracteriza por la ruptura de una relación significativa, por un cambio imprevisto en la rutina que es causal de la falta de adaptación y es todo esto lo que lleva a la conducta autodestructiva.

En la población adulta, el factor desencadenante es cualquier evento que le resulte estresante a la persona, según Hernández y col. (2004) dichos eventos se han clasificado en: problemas conyugales, amorosos, laborales, familiares, de salud, económicos, judiciales, de vivienda y fallecimiento de un ser querido. Adicionalmente, también se han descrito como personalidad premórbida, los rasgos histéricos, paranoides, obsesivos, esquizoides e inmaduros. Así mismo, Bravo (1988) explica que es de suma importancia tener en cuenta el nivel idiosincrásico, el sexo, la edad, estado sociocultural, desarrollo cognoscitivo, factores ambientales y estado de salud física

El suicidio frustrado se conoce como ‘aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevista, que si no se hubieran presentado, se habría producido necesariamente el desenlace fatal’ (Pérez, 2005b p.1), es decir el suicidio frustrado es aquel que no se materializó por factores externos al individuo. La intervención en crisis, en estos casos se debe centrar en conocer las ideas irracionales del sujeto, los sentimientos de culpa de las familiares, el estado mental del sujeto, dar una explicación complementaria sobre su estado de salud (si así lo desea el paciente), y sí es pertinente continuar con el resto de la evaluación.

Por su parte los psicólogos, y general todo el personal que atiende situaciones de crisis se convierten en un objetivo claro, pues dicha población esta expuesta constantemente a momentos impactantes donde las personas liberan todos sus miedos, alegrías, tristezas, y demás sentimientos; sin embargo en muchas ocasiones dicho personal no tiene la oportunidad de descargar los momentos difíciles o

aterradores que pudieron vivir en cierta situación, o simplemente por sus esquemas cognitivos como la racionalización son incapaces de reconocer que pudieron verse afectados por los procesos a los cuales tuvieron que enfrentarse, y por lo tanto se convierten normalmente en víctimas terciarias.

Vera (2005a), hace referencia a dicha vulnerabilidad del profesional que trabaja con personas que han sufrido crisis, y hace especial énfasis en el psicólogo, pues es éste quien tradicionalmente ha tenido que asumir a aquellas personas que sufren una experiencia traumática por lo que el psicólogo o cualquier víctima terciaria debe expresar sus sentimientos y emociones y a la vez verbalizar lo que sienten con el fin de procesar la vivencia y superarla.

Diferentes autores, hacen énfasis en que una respuesta humana a un trauma es hablar sobre este, por ejemplo Vera (2005a) afirma que un reconocido psicólogo español recientemente, narraba que en relación a los hechos del 11 de septiembre de 2001 'hasta los héroes necesitan hablar' y que cuantas mas veces se narran los sucesos traumáticos, más fuerza pierden y menos posibilidades tienen de dañar a las personas emocionalmente a largo plazo, pues con el tiempo y la repetición van quedando olvidados.

Dattillio y Freeman (2000), hacen referencia a las diferentes estrategias que pueden ser utilizadas con los profesionales que están interviniendo las crisis, una de ellas es el entrenamiento previo donde también se hace una adecuada selección del personas; también se habla del soporte psicológico individual; un tercer tipo de intervención es la desmovilización, este se debe llevar acabo cada cinco horas y debe tener una duración de 10 a 15 minutos; otra técnica es el difusing, consiste en grupos

pequeños de personas (máximo 8 personas) que hayan compartido el periodo de crisis, dicha práctica se debe llevar a cabo en las siguientes ocho horas al evento; y la última técnica utilizada es el debriefing.

Así mismo, hay diferentes tipos de intervenir una situación de crisis, ya se había mencionado desde cuando se inicia el desarrollo de ésta rama de la psicología, pero es a partir de los años 80 cuando las técnicas de intervención se formalizan.

Una de las formas de llevar a cabo dicho tipo de intervención es por medio de la psicoterapia breve, ésta cuenta con diferentes fases. La primera hace referencia a la ayuda inmediata al sujeto o a la familia en el momento en que la descompensación o la crisis han hecho su aparición; la segunda esta encaminada a dar una definición al trastorno o al conflicto que va ser el objeto de tratar en la consulta; la siguiente fase va enfocada principalmente en centrarse en eventos del presente y en los hechos cercanos a la descompensación de la crisis; la cuarta fase, es la utilización de medios psicofarmacológicos (por parte del equipo médico); la quinta y última fase es la búsqueda de la catarsis en todos los miembros del grupo familiar, responsabilizando (sin incrementar la culpa o la angustia) a cada uno de ellos en alguna forma, para que contribuyan al encuentro de alguna salida positiva a la crisis (Sánchez-Barranco, Sánchez-Barranco, 2001)

Por su parte uno de los más grandes expositores sobre el tema Slaikeu (1988), propone su modelo de intervención, el cual esta basado en el modelo básico de solución de problemas haciendo gran énfasis en las emociones intensas de las situaciones de crisis. Así mismo los modelos propuestos por Crow (1977) y Berg (1970) comparten las mismas características que el de Slaikeu, ya que los pasos que

propone cada uno se pueden agrupar en cinco. El primero es hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar las soluciones posibles, ayudar a tomar una acción concreta y registrar el progreso de seguimiento.

Rubin y Bloch (2001), exponen el método de intervención en crisis de Bárbara Rubin, el cual consiste en integrar los elementos de respuesta de reacción, evaluación y reacción actitudinal

Orta forma de hacer una intervención en crisis es por medio del debriefing, según Vera, (2005b) ésta técnica que ha sido considerada por muchos profesionales como la panacea en todo tipo de intervención postraumática. El debriefing ha sido conocido como CISD (critical incident stress debriefing), fue ideada por Jeffrey Mitchell en 1983 como parte de su teoría general sobre intervención en crisis y desastres naturales, en principio como un programa destinado a reducir el estrés en el personal de servicios de emergencia (Mitchell, y Everley, 2000), su desarrollo fue basado en el modelo de intervención de la psiquiatría militar, pues éstos utilizaban métodos similares para la rehabilitación psicológica de los soldados en el frente de guerra, sobre todo durante la Segunda Guerra Mundial.

El debriefing, según Mitchell, y Everley, (2000), consiste en facilitar la ventilación de sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática vivida, de forma grupal con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa; ésta consta de 7 fases: la introducción, hechos, pensamientos, reacciones emocionales, síntomas, información y reconexión. Por su parte otros autores han preferido organizar este tipo de intervención sólo en 4 fases: la introducción, donde se presenta el profesional y se explican los objetivos, metas y

beneficios de la intervención; una fase de intervención; una fase de narración, en la que los participantes narran los hechos y describen sus pensamientos e ideas acerca del mismo; una de reacción, promoviendo la liberación de emociones asociadas a la experiencia vivida y una última fase de educación donde se informa de los síntomas comunes, se normalizan las reacciones, se entrega material informativo por escrito sobre estrategias de afrontamiento, síntomas, etc. (Hodkinson y Stewart, 1990). Con ésta técnica se busca, reducir los síntomas existentes y así evitar que se conviertan en problemas crónicos, realizando reevaluación cognitiva, buscando identificar las respuestas normales de las anormales (Echeburúa, Del Corral y Amor, 2004)

Por otra parte, otro grupo de autores, profesionales de atención psicosocial (PAP) hace una nueva propuesta de un modelo de intervención, y aunque conserva una estructura similar al debriefing guarda diferencias sutiles. Dicho programa es un colectivo integrado por psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, personal voluntario, etc., y busca promover las conductas de salvaguarda, prevenir y minimizar los efectos adversos de las emergencias y ofrecer atención y ayuda psicológica y social ante una situación de emergencia colectiva que lo requiera; éste programa está diseñado para actuar en dos ámbitos, fase de prevención y en situación de catástrofe y emergencia. (Ribas, Mora, Ugas, Casaus, Puigdeval, Peña y García, 2002)

Así mismo Rubin y Bloch (2001) explican la técnica de intervención de Gillian y James, ésta hace gran énfasis en la importancia de la ayuda que prestan los auxiliares, pues afirma que los elementos propios de cada sujeto (historia de vida, experiencias, cultura, prejuicios, etc.)le pueden ser útiles a la persona que está

enfrentándose al periodo de crisis. Éste modelo consta de una intervención y acción inmediata, de un objetivo limitado, aclarar expectativas y dar esperanza, apoyo, resolución de problemas, refuerzo de autoimagen y en estimular la autoconfianza.

Otra técnica es la desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento (EMDR), es una herramienta terapéutica eminentemente práctica; según Brunet, Cervera y Copons (2003), ésta ayuda a la mejora o eliminación de los síntomas traumáticos, a través de la acción de movimientos oculares rítmicos, proporcionando resultados en corto tiempo. La intervención consta de 8 fases, se pide a la persona que focalice en imágenes la parte más traumática de la situación, identificando las cogniciones negativas, mientras se expone a la situación alternada, bien por movimiento ocular o por otro tipo de estimulación, ‘con el objetivo que se procese la imagen y se instale una cognición positiva coexistente con un estado de relajación y la disminución de síntomas físicos’ (Brunet, Cervera y Copons , 2003 p. 20).

Por otro lado, Bonanno (2004), asevera que no todas las personas deben ser expuestas a las intervenciones en crisis, ya que los sujetos que tienen características de personalidad resiliente, son capaces de elaborar dichas situaciones sin ayuda de otro personas, y por lo tanto, afirma Bonanno (2004) para éste tipo de sujetos la intervención a corto plazo puede afectar la aceptación y la adaptación.

Sin embargo, ‘en el pensamiento accidental, el concepto de individuo moldea el discurso político cultural y médico; por lo que se pone el énfasis en los intrapsíquico, en la causa interna de la enfermedad y en la terapia individual’ (San Juan, 2002). Por otra parte, en las culturas menos centradas en el individuo, las catástrofes son atribuidas a una dimensión divina, relacionada con la espiritualidad;

por lo que siempre se debe hacer una selección minuciosa pero rápida de las personas que realmente necesitan una intervención en crisis.

Finalmente, no se puede dejar de lado la prevención, ya que ésta es una herramienta importante con la que cuenta todo el personal de salud, y en especial el de salud mental. La mejor estrategia para prevenir reacciones adversas en un momento de crisis, es desarrollar habilidades de afrontamiento, y entrenar a las personas en su aplicabilidad y uso asertivo; Brannon y Feist (2001) nombran diferentes técnicas para mejorar dichas habilidades, entre ellas se pueden mencionar la relajación, la modificación de conducta, la terapia cognitiva, entre otras.

El apoyo social, y las redes de apoyo se convierten en temas de gran importancia, ya que como lo afirman Regehr, Hemsworth y Hill (2001), éstas le brindan a la persona estrategias para responder adecuadamente a los eventos críticos, de igual forma dicho apoyo le permite darle un significado y elaborar adecuadamente cada una de las emociones que una situación de crisis puede generar.

La Organización Panamericana de la Salud (2002), junto con la World Health Organization (2003) hacen gran énfasis en la prevención, en el apoyo social realizando prevención primaria en toda la comunidad; así mismo, es importante que el estado o el gobierno encargado realice un plan concreto para la prevención de emergencias, donde cada entidad y profesional tenga delimitada su labor y su plan de acción, en dicho plan es fundamental la participación activa de la comunidad, para de esta forma lograr mayor coordinación en una situación de catástrofe.

Teniendo en cuenta que los momentos pueden ocurrir en cualquier momento o escenario, y puede afectar a cualquier población, incluidos turistas (Como lo ocurrido

en Las torres gemelas, o los atentados en el metro de Madrid), es de suma importancia que existan programas para capacitar interpretes en intervención en crisis, Lorente, (2002) propone un modelo, el cual consta de una selección previa de los interpretes con el objetivo de evaluar ansiedad rasgo y estado; de igual forma se espera que las traducciones que realicen los interpretes sean fluidas pero no literales (que conserven el sentido), que ajusten su lenguaje no verbal a la situación, que siempre recuerden su rol de traductor y no lo confundan con el del terapeuta, además debe mantener en todo momento una actitud empática con la víctima. Es decir en el marco de las emergencias los interpretes hacen el papel de acompañantes respaldados, pues no son ellos quienes imparten el tratamiento, además éstos también son susceptibles de ser intervenidos, ya que el psicólogo de planta les puede ayudar a aliviar su sufrimiento respecto a la situación crítica vivida.

CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente trabajo fue realizar una revisión teórica sobre la intervención en crisis; los objetivos específicos estuvieron encaminados en conocer las diferentes formas, ambientes, poblaciones en la que se pueden dar una crisis y la manera de intervenirla. Los anteriores objetivos se cumplieron a cabalidad, pues a lo largo del artículo exploran cada uno de los temas, subrayando los de mayor relevancia.

En definitiva, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, no está demás decir que no se han realizado progresos significativos en la comprensión de los factores comportamentales que se ponen en marcha en una situación de crisis.

La investigación, arrojó como resultado una descripción central de la crisis, esta es 'un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo' (Slaikeu, 1988).

Las crisis, y la importancia de la intervención temprana de éstas han llevado a los profesionales de la salud mental a desarrollar diferentes técnicas que les permitan ayudar a las personas de forma eficaz y en corto tiempo, por lo que nace la psicoterapia breve, los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis.

En conclusión una intervención en crisis debe llevar (de una forma general) los siguientes pasos: proximidad, inmediatez, controlar las expectativas, transmisión de información positiva sobre sus capacidades para afrontar la situación, aclaración de los síntomas normales, evitar que el autoestima se lesione, se debe ser simple en

las explicaciones, el personal encargado debe utilizar métodos breves y sencillos adaptados a la situación emocional de los afectados; y por último se debe conservar la unidad.

La intervención en crisis se puede dar en cualquier escenario, lo importante es contar con los recursos necesarios; es de destacar que el ambiente educativo se ha ido convirtiendo poco a poco en el lugar ideal para llevar a cabo dichas intervenciones, pues en estos planteles se puede llegar a contar con el apoyo de profesores y padres, para hacer prevención y actuar directamente en una situación de emergencia; sin embargo, en la actualidad, este recurso no se ha explotado al máximo sobre todo en Colombia, pues a nivel gubernamental no se le ha dado la importancia necesaria, y solo se cae en cuenta de poner en marcha planes de prevención e intervención cada vez que sucede una catástrofe.

Por otro lado, el artículo evidencia que con respecto al suicidio y a la intervención que se realiza en este momento de crisis, se han hecho mayores avances, seguramente porque lamentablemente este acto se ha ido convirtiendo en un suceso que ocurre con una frecuencia alta, Hernández, García y Clavijo (2004), describen el suicidio como un problema común en cualquier latitud, que constituye una preocupación para la sociedad, por su significación ilógica, antinatural y frustrante; aún así, es recomendable que se siga ahondando en el tema y no solo realizar intervenciones en el momento de la crisis, sino prevenir estas.

Adicionalmente, la investigación evidencia que las personas que trabajan ayudando a quienes experimentan crisis, con frecuencia se convierten en víctimas terciarias, por lo que es recomendable implantar en los diferentes centros de atención

el uso de técnicas como lo son el entrenamiento previo, el soporte psicológico individual, la desmovilización, el difusing, o el debriefing, para brindarle apoyo y soporte al personal de salud.

Se puede decir que hay diferentes técnicas o estrategias utilizadas en la intervención en crisis, pero un elemento común entre estas es la falta de soporte científico, que cuantifique o demuestre la real eficacia de la intervención en crisis; pues de lo contrario dichas teorías e intervenciones siempre estarán expuestas a las críticas que constantemente desvirtúan su utilidad, así como lo hace Bonanno (2004), aseverando que no todas las personas deben ser expuestas a las intervenciones en crisis, ya algunas tienen las herramientas necesarias para hacerle frente a dicho problema, y de recibir ayuda, ésta nos le va a ser de utilidad.

Finalmente, no está demás resaltar la importancia que tiene la capacitación en intervención en crisis a toda persona que este involucrada con dicho ambiente (psicólogos, médicos, enfermeros, voluntarios, interpretes, etc.), y la promoción y prevención a nivel primario sobre el tema, fortaleciendo en las personas sus habilidades de afrontamiento y el manejo asertivo de estas.

Referencias

- Benveniste, D. (2001) Intervención en crisis después de grandes desastres. *Revista del sociedad psicoanalítica de Caracas*, 8 (6), 1-6: Disponible en red [www.thecjc.org/pdf/benveniste.pdf, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- Berg, D. (1970) Crisis intervention concepts for emergency telephone service. *Crisis intervention*, (4) 11 – 19.
- Bonanno, G. A. (2004) Loss, trauma, and human resilience. *Journal of the American Psychological Association*, 59, 20 – 28.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Bravo, L. (1988) La intervención en crisis una modalidad de tratamiento psicoterapéutico. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 17 (4) 254 – 294. Disponible en red [www.psiquiatria.org.co/php/ducsRevista/105634TRATAMIENTO.pdf, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- Brunet, I. (2002) catástrofes, asistencia psicológica y organizacional ambiental. *Cuadernos de Crisis*, 2 (1) 9 -16. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/cdc_001.pdf, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- Brunet, I., Cervera, M. & Copons, G. (2003) EMDR: instrumento terapéutico o nueva religión?. *Cuadernos de Crisis*, 2 (2) 20 – 30. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/cdc_003.pdf, recuperado el 30 de Marzo de 2006]

- Calderón, M. E. (2003) Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en enfermería. *Enfermeras en Costa Rica, Colegio de enfermería de Costa Rica*, 39 – 44. Disponible en red [www.enfermeras.co.cr/organismos/Comit%a9%20de%20Revista/Ediciones/25/Inter..Crisis.pdef, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books
- Cohen, R. (2001) Salud mental para víctimas de desastres. *Organización Panamericana de la Salud*. Washington.
- Cohen, R. (2003) Bio-terrorismo, desastres y salud mental. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2 (1) 38-43. Disponible en red [www.psicotruma.com.ar/mar031RCohen.pdef, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2004) Treatment of childhood traumatic grief. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 3 (4), 819 – 831. Recuperado el 6 de Abril de 2006, de la base de datos Ebsco Host.
- Corredor, A. M. (2002) Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 35 – 55.
- Crow, G. A. (1977) *Crisis intervention: a social interaction approach*. New York: Association Press.
- Christman, S. A. (1996) El suicidio de los adolescentes. *Revista Filas*, (24) Mexico
- Datillio, F. & Freeman, A. (2000) *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. (2°. Ed.). New York: The Guilford Press.

- Echeburúa, E., Del Corral, P. & Amor, P. J. (2004) Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas del terrorismo. *Ciencia y salud*, 15 (3) 273-292. Recuperado 6 de Abril de 2006 de la base de datos PsicoDoc.
- Escobar, E., González, C. & Schürch, F. (2001) Atributos del psiquiatra de urgencia. *Revista de Neuropsiquiatría*, 38 (1) 23 – 30.
- García, J. C. (2003) Primeros auxilios psicológicos. *Psicocentro*, pp. 20 – 37. Disponible en red [www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- González de Rivera & Rivera, J. L. (1994) Psicoterapia de la crisis. *Originales y Revisiones*, 35-53. Recuperado en Mayo 4, 2006, de la base de datos PsicoDoc.
- Hernández, P., Garcí, L. & Clavijo, A. (2004) Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la unidad de intervención de crisis (uic). *Revista de Psiquiatría*, 13 (2). Recuperado el 6 de Abril de 2006, de la base de datos Ebsco Host.
- Hillers, R. & Rey, M. (2005) Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112 tras los atentados del 11-M. *Cuadernos de Crisis*, 4 (1) 25 – 33. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]
- Hodgkinson, P. & Stewart, M. (1990) Doping with catastrophe. *A hand book of postdisaster psychological aftercare*. New York: Routledge.
- Lalaude, M. (2005) La papelera de los sustos: intervención en infancia y adolescencia después de un atentado terrorista. *Cuadernos de Crisis*, 4 (1) 21-24.

Disponibles en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdef/num4vol1-2005-pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]

Lidell & Scout (1968) *The greck – english lexicon*. Oxford: The clerendon press.

Lorente, F. (2002) Programa de entrenamneto urgente para interpretes. *Cuadernos de Crisis*, 2 (1) 9 -16. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/cdc_001.pdf, recuperado el 30 de Marzo de 2006]

Lorente, F. (2005a) El rol del psicólogo emergencista. *Cuadernos de Crisis*, 4 (1) 10 – 18. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]

Lorente, F. (2005b) Elementos de triag psicológico y organización ambiental en simulacros y accidentes aéreos. *Cuadernos de Crisis*, 4 (2) 14-21. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]

Lorna, W. (1991) We discharge in ten days. *Emptying beds, the work of an emergency psychiatric*. Los Angeles: University of California Press.

Magaña, M. L. (1996) Factores que influyen en el rendimiento académico en un grupo de adolescentes. *Tesis de Maestría, INAM*.

Magaña, M. L. (2003) La intervención en crisis como apoyo psicológico desde la orientación educativa. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, (0).

Marín, H. (2005) Psicología de la emergencia: reducción de vulnerabilidad psicológica. *Cuadernos de Crisis*. 4 (1) 19 – 20. Disponible en red

[www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]

Mitchell, J. & Everly, G. (2000) Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: evolutions, effects and outcomes. *Psychological debriefing, theory, practice and cuidence*, 71 – 80. New York: Cambridge University Press.

Organización Mundial de La Salud (2001) Efectos de los terremotos de enero y febrero en la salud mental. Recuperado el 3 de Abril de 2006 de la base de datos PsicoDoc.

Organización Mundial de La Salud (2002) Protección de la salud mental. Recuperado el 3 de Abril de de 2006 de la base de datos PsicoDoc.

Organización Panamericana de La Salud (2002) Situaciones de desastres y emergencias. Recuperado el 3 de Abril de 2006 de la base de datos PsicoDoc.

Pérez, S. (2005a) Intervención en crisis en suicidas frustrados. *Comunidad educativa mundial*. Disponible en red [www.ilustrados.com/publicaciones/EEEEIIAEpVNuLMagiC.php, recuperado el 30 de Marzo de 2006]

Pérez, S. A. (2005b) Manejo de la crisis suicida del adolescente. *Avances de Salud Mental Relacional*, 1 (4)

Regehr, C., Hemsworth D. & Hill, J. (2001) Individual predictors of posttraumatic distress: a structurale equation model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (2) 156 – 161. Recuperado el 6 de Abril de 2006, de la base de datos Ebsco Host.

- Ribas, J., Mora, E., Casaus, P., Puigdeval, M. & García, X. (2002) Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencias. Propuesta de un modelo de actuación. *Revista de Psiquiatría*, 29 (4) 241 – 248.
- Rimbau, P. (2003) Revisión de los fármacos usados en catástrofes. *Cuadernos de Crisis*, 2 (1) 14- 19. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/cdc.003.pdf, recuperado el 11 de Abril de 2006]
- Rubin, B. R. & Bloch, H. L. (2001) *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. España: Desclée de Brouwer.
- San Juan, C. (2002) Intervención psicosocial en catástrofes: una perspectiva transcultural. *Cuadernos de Crisis*, 2 (1) 9 -16. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/cdc_001.pdf, recuperado el 30 de Marzo de 2006]
- Sánchez-Barranco, A & Sánchez-Barranco, P. (2001) Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista asociación Española Neuropsiquiátrica*. Recuperado el 30 de Marzo de 2006 de la base de datos PsicoDoc
- Slaikou, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Tardiff, K. (1995) The risk of being attacked by patient, who how often and where? *Patient Violence and the clinical*. London: Eichelman B Hartwig a. Psychiatric Press.
- Vera, I. (2001) El perfil del psicólogo en la intervención psicológica inmediata. *Revista de Protección Civil*, (6). Disponible en red

[www.proteccioncivil.org/revispc8/rpc08_05.htm, recuperado el 30 de Marzo de 2001]

Vera, B. (2005a) Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad? *Cuadernos de Crisis*, 4 (2) 7 – 13. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol3-2005.pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]

Vera, B. (2005b) Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual. *Cuadernos de Crisis*, 2 (1) 7 – 26. Disponible en red [www.cuadernosdecrisis.com/pdf/cdc.003.pdf, recuperado el 3 de Abril de 2006]

World Health Organization (2003) Mental health in emergencias, 1 -8. Recuperado el 6 de Abril de 2006, de la base de datos PsicoDoc.