



Guía de intervención en crisis para las Fuerzas Militares

**Gloria Victoria Chaves
Maria Cristina Barrios J.
Ingrid María Contretas**

Trabajo de grado para optar al título profesional:
Curso de Información Militar (CIM)

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"
Bogotá D.C., Colombia

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA



TRABAJO DE FUERZA

GUÍA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA LAS FUERZAS MILITARES

MY. GLORIA VICTORIA CHAVES
MY. MARIA CRISTINA BARRIOS J
MY. INGRID MARIA CONTRERAS

Curso CIM-2008

Bogotá DC.

28 abril 2008

AGRADECIMIENTOS

Dedicamos y agradecemos a Dios Todopoderoso esta oportunidad que nos dio de poder crecer como personas a nivel espiritual y profesional como Psicólogas y de esta manera lograr estandarizar criterios clínicos de intervención en los Psicólogos Militares de la Fuerza.

Y es precisamente el compromiso, pertenencia y amor a la Institución, lo que nos condujo a realizar esta Guía de Intervención en Crisis para el Personal de las Fuerzas Militares, que alcanza uno de los muchos peldaños que construyen la Salud Mental.

La culminación de la Guía, hubiera sido quimérico sin el apoyo, colaboración, comprensión del Doctor Mauricio Uyavan formador de nuevos conocimientos en materia de investigaciones.

A cada uno de los jurados, por el aporte de los nuevos comentarios y aportes para optimizar este marco en salud mental que contribuye a minimizar las secuelas mentales, reacciones desadaptativas y problemas emocionales derivados del conflicto armado que vive nuestro país.

A todos mil gracias ¡

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

28 abril 2008

AGRADECIMIENTOS

Dedicamos y agradecemos a Dios Todopoderoso por brindarnos esta oportunidad y por permitirnos crecer como personas a nivel espiritual y profesional como psicólogas y de esta manera poder estandarizar criterios clínicos de intervención para los psicólogos militares de la fuerza.

Y es precisamente el compromiso, la pertenencia y el amor a la institución lo que nos condujo a realizar esta Guía De Intervención En Crisis Para Las Fuerzas Militares, que alcanza uno de los muchos peldaños que construyen la Salud Mental.

La culminación de la Guía hubiera sido quimérica sin el apoyo, colaboración y comprensión del Doctor Mauricio Huyaban, formador de conocimientos en materia de elaboración de investigaciones que benefician, impactan y favorecen a la institución.

A cada uno de los jurados por la contribución de sus comentarios y sus aportes que permiten optimizar el marco de Salud Mental de la Fuerza que está orientado a minimizar las secuelas mentales, las reacciones desadaptativas y los problemas de tipo emocional derivados del conflicto armado que vive nuestro país.

A todos mil gracias.

CONTENIDO

| | Pág. |
|-------------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1. JUSTIFICACION | 9 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| FORMULACION DEL PROBLEMA | 12 |
| OBJETIVO GENERAL | 12 |
| OBJETIVO ESPECIFICO | 12 |
| 3. MARCO TEORICO | 13 |
| LA PSICOLOGIA MILITAR | 13 |
| QUE ES LA CRISIS | 15 |
| 3.2.1 Evolución De Una Crisis | 17 |
| 4. MARCO INSTITUCIONAL | 20 |
| 5. MATERIAL Y METODO | 21 |
| 6. CONCLUSIONES | 22 |
| 6.1 RECOMENDACIONES | 22 |

BIBLIOGRAFIA

23

ANEXO 1 De la Ley de

24

RESUMEN

Esta Guía De Intervención En Crisis proporciona al personal militar y a los psicólogos de la fuerza, directrices orientadas a establecer modelos de detección precoz e intervención oportuna individual y colectiva de las situaciones de crisis por las que atraviesa el personal militar, con el fin de disminuir las posibles secuelas mentales, reacciones desadaptativas, trastornos de tipo emocional o perturbaciones de la personalidad derivados del conflicto armado que actualmente vive el país.

En general, la Guía de Intervención reconoce la importancia de promover un marco conceptual en salud mental, que genere la participación directa de los Psicólogos Militares y coparticipación indirecta de los diferentes niveles del mando para ofrecer alternativas de solución y tratamiento a las problemáticas de trastorno de estrés postraumático y condiciones mentales asociadas a este trastorno.

Palabras Clave: Guía, intervención, crisis, Fuerzas Militares, trastorno de estrés, postraumático, crisis de pánico, trastornos sicóticos.

INTRODUCCIÓN

La guía de intervención en crisis para las Fuerzas Militares se ha diseñado con el objetivo de favorecer de manera exclusiva al personal combatiente. Este documento se orienta a preservar la salud mental, reduciendo al máximo posible las crisis emocionales y la incidencia de trastornos psicológicos o de adaptación al medio, pues lo que se busca prevenir son los efectos devastadores que tienen las vivencias traumáticas o situaciones propias de la guerra.

Esta guía parte de la necesidad de intervenir de manera efectiva en los diferentes factores de alto riesgo al que se ve expuesto el personal en su quehacer típicamente militar.

En el anterior sentido, la guía analiza de forma precisa los reportes estadísticos que evidencian la presencia de problemas mentales como los siguientes: trastorno de estrés postraumático, crisis de pánico, trastornos sicóticos, trastornos de estado de ánimo, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, disfunciones familiares; conflictos afectivos, emocionales y suicidios.

En conclusión, el propósito de esta guía es velar por la integridad mental, el bienestar y la protección a nivel biopsicosocial del personal militar, dando respuesta al mejoramiento de la calidad de vida de estos hombres, precisando una serie de acciones tendientes a generar estrategias de afrontamiento en situaciones crítica y comprometer e invitar a todos los Comandantes y cada uno de los efectivos de la fuerza, para que participen de forma activa y promuevan un marco de inserción en su actuar profesional en cuanto la detección precoz y promoción de la salud mental en todas las Unidades del país.

1. JUSTIFICACIÓN

Según Slaikeu “La intervención en crisis es un procedimiento específico cuyo objetivo principal es auxiliar a una persona y / o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso difícil o crítico de modo que la probabilidad de efectos negativos se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento”¹, porque una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno tiene grandes efectos y genera otras formas de ver las situaciones críticas, y además, fortalece las habilidades, el crecimiento personal y la perspectiva de vida en los sujetos que las experimentan.

En el medio militar la intervención en crisis, cumple un fin similar, porque se convierte es una maniobra de apoyo y afrontamiento de las situaciones críticas que enfrenta el personal de las Fuerzas Militares, por esta razón, se hace primordial que todos los psicólogos militares tengan los mismos criterios y apliquen las mismas técnicas de intervención, para que así la psicología militar pueda tener el mismo propósito y contribuir al mismo objetivo, dar bienestar, ayudar en la recuperación del funcionamiento integral y mantener la Salud Mental de la tropa.

Esta Guía De Intervención En Crisis Para Las Fuerzas Militares está planteada para despejar y dejar de manifiesto los criterios y las técnicas que permitan preservar la salud mental, prevenir la incidencia de trastornos psicológicos o de adaptación al medio, que se manifiestan como el efecto devastador que tienen las vivencias traumáticas o situaciones propias de la guerra.

Para esto, es necesario que se promueva esta Guía De Intervención En Crisis que ha sido formulado y enriquecido por 14 años de experiencia de las autoras, en las unidades (con comandantes y, sobretodo, con combatientes) y el conocimiento que

¹ SLAIKEU, Kart. Intervención en crisis. México D.F: Editorial Manual Moderno, 1996, p 16

han adquirido en la práctica de la profesión como Psicólogas Militares; que tiene como fin el establecer unos parámetros rectores que ayuden y favorezcan a los hombres del Ejército, y que orienten de manera eficiente al personal de psicólogos que trabajan con ellos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El análisis de las referencias que existen frente al tema de la salud Mental de la tropa indican que debido a la exposición continuada a eventos relacionados con la guerra, algunos combatientes tienen una gran posibilidad de desencadenar patologías neuropsiquiátricas o psicológicas.

El Doctor Vicente Ibáñez Rojo,² psiquiatra del Grupo de Salud Mental de Médicos del Mundo expone que:

Fue durante y después de la Primera Guerra Mundial cuando se generalizaron las observaciones de trastornos neuropsiquiátricos que se llamaron *neurosis de guerra*⁸ las cuales se presentaban tras vivencias de shock en la cercanía al frente y se manifestaban con sintomatología conversiva (perdida psicógena del habla, ceguera, parálisis entre otros) y de angustia y confusión; algunas de las respuestas a estos hechos traumáticos como los descritos son de orden emocional (shock, rabia, terror, desamparo, miedo, ansiedad, depresión); cognitivo (confusión, disociación, desorientación, autoculpabilidad, pensamientos irracionales); físicos (fatiga, insomnio, pesadillas e hiperactividad) y conductuales (alineación, separación social, problemas en las relaciones interpersonales y conyugales, drogadicción, alcoholismo y trastornos de conducta).

Lo peor, según el doctor Ibáñez, es que estos trastornos no se circunscriben al momento o periodo traumático, sino que en un alto porcentaje de casos se extiende más allá y perduran muchos años e incluso durante toda la vida (p. ej. Las víctimas del holocausto nazi, los veteranos de la guerra de Vietnam)

² DISAN. Plan Maestro De Salud Mental Para Las Fuerzas Militares De Colombia. Bogota D.C. Imprenta Nacional de Colombia, 2007. p 62.

El término de Neurosis de Guerra se utilizó para catalogar los efectos traumáticos ocasionados por los conflictos bélicos, pero actualmente son tan extensos los trastornos causados por este fenómeno, que no se pueden encapsular en uno o dos términos.

Entonces, al diseñar esta Guía De Intervención En Crisis lo que se busca es favorecer al personal militar para que puedan enfrentar los sucesos difíciles o críticos de modo que la probabilidad de efectos negativos se disminuya y se incremente la probabilidad de crecimiento, mejorando así la Salud Mental, el bienestar y la recuperación funcional de la tropa.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué criterios terapéuticos deben incorporarse en una guía de intervención en crisis en el contexto militar?

2.2 OBJETIVO GENERAL

Formular La Guía De Intervención En Crisis Para Las Fuerzas Militares que pueda ser utilizada de manera eficiente por el personal de psicología de cada una de las Unidades.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.3.1. Definir los criterios de intervención en crisis en el medio militar para la Guía.

2.3.2. Establecer mecanismos precisos de intervención en crisis en el personal militar, para la Guía.

2.3.3 Analizar las técnicas terapéuticas más utilizadas en el contexto militar para la intervención en crisis.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 LA PSICOLOGIA MILITAR

La psicología en el ámbito militar se ha consolidado a través de la historia desde sus “diversas funciones de apoyo en el quehacer de las Fuerzas Militares, pues algunas de ellas tienen que ver con la selección, clasificación, ubicación, dirección, motivación, mantenimiento y retención del personal dentro y fuera de combate.

En ese sentido, la psicología militar, examina los principios y mecanismos de liderazgo e interacción grupal; orienta el entrenamiento de reclutas, fortalece el sentido de pertenencia a la institución, elabora programas de socialización encaminados a proporcionar expectativas realistas además de participar del proceso de adaptación al ámbito militar.

Una de las principales funciones es diseñar y desarrollar programas de prevención y tratamiento a problemas como abuso de drogas, alcohol, cigarrillo, propensión al suicidio, desórdenes mentales, y rehabilitación de prisioneros de guerra, entre otros. Además de crear técnicas de afrontamiento al estrés; intervenir en crisis; realizar estudios y tratamientos frente a problemas sensoriales, preceptuales, contribuir al desarrollo de habilidades o destrezas psicomotoras, habilidades en la toma de decisiones y en la optimización del procesamiento de la información.³

De acuerdo con los aportes de Glotchkin⁴ “Unas de las tareas de mayor relevancia para la psicología militar es estudiar la influencia que la actividad

³ GAL Y MANGELSDORFF.1991, citado por Orjuela, L. ROA y Cols. Prevalencia Y Características Del Estrés Postraumático En Militares Activos Del Ejercito Nacional. Bogotá: Universidad Católica De Colombia 1998

⁴ GLOTOCHKIN 1987, citado por ORJUELA L. ROA y Cols. Prevalencia Y Características Del Estrés Postraumático En Militares Activos Del Ejercito Nacional. Bogotá: Universidad Católica De Colombia.1998

militar ejerce en la psique y la conducta del combatiente”, que comprende, el análisis psicológico de las condiciones de combate, la definición del conjunto de conocimientos, hábitos, y habilidades especiales indispensables para la exitosa actividad combativa y de servicio, la elaboración del modelo psicológico de la personalidad del especialista, elaborando las premisas psicológicas para elevar la eficacia de la educación ideológica, política y militar de los efectivos, estudiar la estructura interna y la dinámica de los motivos de conducta, los mecanismos de su desarrollo y manifestación y las vías y condiciones de su formación exitosa.

La psicología militar, además, analiza las dificultades psicológicas relacionadas con una situación táctica inesperada y fija las medidas para prevenir fenómenos indeseables, ya que, con frecuencia el personal militar es requerido para realizar operaciones en diversos ambientes adversos que pueden incluir condiciones de demanda excesiva.

El combate puede prolongarse por periodos excesivos, situación que puede llegar a ocasionar crisis psicológicas. Estas condiciones asociadas dan como resultado cambios sustanciales en el desempeño y rendimiento de los individuos. La psicología contribuye en estos casos al diseño de protocolos para que sean implementados durante el entrenamiento y el combate.

Ahora bien, hay que tener en cuenta, que cualquier persona puede entrar en crisis cuando es sometida a actos de terrorismo, prisión, mutilación física, campos de concentración y combates militares. Se puede llegar a desarrollar un desorden mental transitorio o temporal. Grinker⁵ plantea que la guerra proporciona la posibilidad de investigar, de evaluar los efectos estresores severos sobre la integración de la personalidad, al referirse a los esfuerzos por ayudar a los

⁵ GRINKER 1969, citado por COLEMAN, BUTEHER y CARSOY. Psicología De La Anormalidad De La Vida Moderna México: Trillas.1990.

soldados que han desarrollado crisis o reacciones transitorias de combate durante la segunda guerra mundial, dado que el estrés extremo podría desequilibrar seriamente la conducta adaptativa e incluso incapacitar al individuo.

1. QUÉ ES LA CRISIS

Para comenzar a hablar de crisis es importante conocer de donde procede: esta palabra proviene de la raíz sánscrita *skibh* que significa “cortar, separar, distinguir”⁶. Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo la esencia del concepto esta más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante, concepto que nos permite comprender mejor el estado de crisis por el que pasan los individuos que se enfrentan circunstancias cruciales, significativas o determinantes en algún momento de sus vidas.

Para González la crisis es “una condición inestable que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo”,⁷ la crisis implica la inestabilidad de un transformación; en efecto la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización marcando así la diferencia.

Caplan, creador de la psiquiatría comunitaria, define crisis como “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de conflictos”⁸; mientras que para Montoya existen dos formas para definir la crisis:

⁶ ROBERTS, EA y PASTOR, B: Diccionario Etimológico Indoeuropeo De La Lengua Española, Alianza, Madrid, 1996

⁷ GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7(Jul - Sept 2001); p 35

⁸ CAPLAN, G: an approach to community mental health, citado por GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7 (Jul - Sept 2001); p 37

La primera como un suceso dramático que afecta al individuo en términos de inestabilidad emocional y reacciones no familiares abrumadora, y la segunda la describe como un estado temporal de confusión emocional y desorganización después de un problema fuerte, circunstancia o situación, que no puede resolverse con los recursos comunes para resolver problemas⁹.

Es un momento en que “todo está en el límite”, por así decirlo. Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que él o ella se siente sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento; para la mayoría de la personas la sencilla exposición a un evento de crisis no es suficiente para producir un estado de confusión emocional y el resultado depende de cómo es valorada la situación y de cómo los afectados valoran su habilidad para manejarla.

Desde el punto de vista militar las consecuencias psicológicas vividas por los individuos expuestos a situaciones críticas de combate pueden originar crisis personales que afectan el equilibrio psicofisiológico y psicológico de estos; logrando generar en ellos un estado de confusión e inestabilidad emocional, como reacción a la exposición a estos escenarios, si la situación rebasa las capacidades de afrontamiento y resolución de problemas del combatiente está desarrollará altos niveles de tensión y ansiedad que con frecuencia marcarán el punto de viraje en la vida del afectado influyendo directamente en sus relaciones emocionales y de conducta presentes y futuras.

Existen cinco características que distinguen las crisis y revisten importancia central por su relación con la conducta post evento incluyen: una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez, cambios importantes en la conducta, sensación

⁹ MONTROYA C: Manual de procesos y procedimiento en tanatología clínica, Intervención en Crisis y Debriefing En Situaciones De Duelo Agudo. Unidad De Duelo Funeraria San Vicente, Medellín, 2002. p. 5

personal de impotencia, tensión en el sistema personal y social del sujeto y percepción de una amenaza para la persona.

Estos cambios generan un grave desequilibrio personal frente a un evento crítico del cual resulta la desorganización de los sistemas psicológico y somático. En el caso del combatiente, tal desequilibrio puede depender de exposición a la muerte, del ataque a un familiar o a un compañero, pérdida de bienes materiales, enfermedades, sensación de haberlo perdido todo y no tener a quien recurrir.

La guía desarrollada se fundamentó en los siguientes principios:

EVOLUCIÓN DE UNA CRISIS

Etapas Y Reacciones Que Se Presentan En La Crisis

Otra situación que determina el comportamiento de los individuos en la guerra, está determinada por el escenario en que se encuentra las acciones. A continuación se hace una descripción de las diferentes etapas y de sus reacciones psicológicas propias; que sirven como complemento a las ya descritas.

- **Período Precrítico:** “son las fases anteriores, inicial o de alerta”¹⁰. Se caracteriza por ser de alta tensión al conocerse la inminencia; permite averiguar el grado de preparación de los organismos con competencias y permite evaluar la mentalidad colectiva de la población militar y conocer su grado de cohesión, que es el factor más importante contra la posible desorganización y pánico que pueda surgir. Es así, como “en esta fase se pueden

¹⁰ GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7(Jul - Sept 2001); p 38

observar conductas dispares en función de las características personales de cada individuo”¹¹; se inicia una angustia y la vigilancia obsesiva, hay un alto grado de propagación de rumores, pueden surgir comportamientos de intento de organización, comportamientos negativos de resignación; reacciones colectivas de agitación, miedo y pánico desorganizador.

• **Período o Fase de Crisis:** llamada por González de Riviera¹² fase de shock o impacto agudo; tiene consecuencias muy dispares sobre los individuos según sea la violencia expuesta y su aspecto sorpresa. Se suele caracterizar por crear desorganización, fuerte estrés, y un fenómeno psicológico típico consistente en un fuerte sentimiento de abandono, aislamiento y vulnerabilidad, que les hace creer que ellos son y están más que nadie en el centro de la guerra (ilusión de centralidad).

• **Fase de Reacción:** “se caracteriza por conductas de tensión emocional después del combate. El estrés, la fatiga mental y física acumulada se manifiestan en este momento en forma de desorientación y una impresión extrema de vulnerabilidad, lentificación de movimientos y pérdida de iniciativa”¹³. A su vez, el contacto de los supervivientes con personas que están fuera de la zona puede dar lugar a la aparición de pánico y comportamiento histérico.

¹¹ Ibid., p. 38

¹² Ibid., p. 38

¹³ Ibid., p. 39

• **Período o Fase Poscrítica Inmediata:** “se conoce como fase de restauración es generalmente una fase muy lenta en donde ya se comienza a hacer un trabajo de clasificación y evaluación de la situación”¹⁴. En esta etapa, de acuerdo a lo expuesto por el Doctor Vicente Ibáñez Rojo¹⁵ se han observado comportamientos psicológicos particulares: por un lado, un miedo irracional de creer que la situación aún no ha acabado o que incluso puede retornar, y de otra parte, la aparición de sentimientos de frustración o culpabilidad por no haber sabido ayudar a otros, acompañado todo ello en algunas ocasiones de conductas de acusación y reivindicación colectiva, en ocasiones con componentes de un cierto grado de agresividad hacia los considerados como culpables de que se haya producido la situación. Estas podrían denominarse como parte de las secuelas psicológicas.

• **Fase de Efectos a Largo Plazo:** Cuyos límites en el tiempo y conductas resultan difíciles de determinar. En general, “están caracterizadas por el denominado estrés postraumático cuyos efectos físicos y psicosomáticos de las catástrofes en los individuos dependen de factores como: las heridas recibidas y sus secuelas, el haber perdido parientes o demás costos directos de las acciones”¹⁶. También a nivel colectivo pueden aparecer importantes modificaciones en la cohesión de los grupos y cambios notables en la distribución del estatus y de los roles de las personas.

¹⁴ Ibid., p 39

¹⁵ DISAN. Plan Maestro De Salud Mental Para Las Fuerzas Militares De Colombia. Bogota D.C. Imprenta Nacional de Colombia, 2007.p 62.

¹⁶ Op.cit. p. 39

Importante resulta describir la preexistencia de ciertos factores asociados que pueden considerarse desencadenantes a la presencia de una crisis en el militar combatiente.

En síntesis, a partir de la revisión de la literatura existente frente al tema y retomando la experiencia de las autoras desarrollada a lo largo de su carrera militar de catorce años liderando los programas de salud mental se consolidó el enfoque para la Guía de Intervención en crisis.

4. MARCO INSTITUCIONAL (Máximo 1 hoja)

La Guía De Intervención En Crisis Para Fuerzas Militares se orientado hacia la preservación la salud mental, reduciendo la incidencia de trastornos psicológicos o de adaptación al medio, pues lo que se busca prevenir los efectos desbastadores que tienen las vivencias traumáticas o situaciones propias de la guerra.

Conscientes de la importancia de intervenir en los diferentes factores de alto riesgo al que se ve expuesto el personal en su quehacer típicamente militar y teniendo en cuenta la lectura de los reportes estadísticos entregado a la Dirección De Sanidad Militar que de alguna manera evidencian la presencia de problemas mentales como son el trastorno de estrés postraumático, crisis de pánico, trastornos sicóticos, trastornos del estado de ánimo, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, disfunciones familiares, conflictos afectivos y emocionales y entre otros el suicidio se reconoce la importancia de promover un marco conceptual en salud mental, que genere participación directa de los Psicólogos Militares y coparticipación indirecta de los diferentes niveles del mando.

Esta Guía De Intervención En Crisis proporciona al personal militar y a los psicólogos de la fuerza, directrices orientadas a establecer modelos de detección precoz e intervención oportuna individual y colectiva de las situaciones de crisis por las que atraviesan, con el fin disminuir las secuelas mentales, reacciones desadaptativas, trastornos de tipo emocional o perturbaciones de la personalidad derivados del conflicto armado que actualmente vive el país.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Las fases desarrolladas para llevar a cabo este proyecto, por medio de una estrategia de marco lógico es el siguiente:

Primera fase: Análisis y recolección de la información acerca de intervención en crisis. En esta fase se desarrolló una comparación de los conceptos predominantes en la literatura acerca de intervención en crisis estableciendo la prioridad conceptual para cada uno de ellos.

Segunda fase: Selección de los factores de intervención en crisis, en ese sentido se tomó preliminarmente tanto lo conceptual de la intervención en crisis, como la plataforma estadística de la Dirección De Sanidad, como las experiencias adquirida por las autoras, permitiendo identificar los factores a trabajar en el medio militar.

Tercera fase: Redacción de la guía de intervención en crisis.

6. CONCLUSIONES

Se concluye que la guía responde de manera precisa y efectiva a una necesidad urgente de la institución dado que ofrece una serie de criterios de intervención puntuales e idóneos para cada uno de los psicólogos militares.

En esa medida se puede afirmar que todos los objetivos del proyecto se cumplieron de una manera eficiente, dado que la guía presenta los conceptos más actuales y estratégicos eficaces para enfrentar todos aquellos trastornos derivados del conflicto armado tales como: el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad, los trastornos Psicóticos entre otros.

Y como gran conclusión del trabajo se crea la necesidad de fomentar, estudios relacionados con el marco de Salud Mental orientados hacia la precisión de métodos, estrategias y técnicas de intervención para el bienestar de nuestros hombres.

6.1. RECOMENDACIONES

Se recomienda que esta guía sea aprobada y difundida por el personal competente de la Dirección De Sanidad Militar a fin de fortalecer la intervención oportuna y eficaz a través de la guía.

BIBLIOGRAFÍA

CEREZO, H, Artículo Intervención psicoterapéutica en condiciones de crisis emocional para violencia domestica, Casa Amiga, Centro de crisis, Bogota, 2007

COLEMAN, BUTEHER y CARSOY. Psicología De La Anormalidad De La Vida Moderna México: Trillas.1990.

DIRECCION DE SANIDAD. Plan Maestro De Salud Mental Para Las Fuerzas Militares De Colombia. Bogota D.C. Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7(Jul - Sept 2001)

MONTOYA, C: Manual de procesos y procedimiento en tanatología clínica, Intervención en Crisis y Debriefing En Situaciones De Duelo Agudo. Unidad De Duelo Funeraria San Vicente, Medellín, 2002.

ORJUELA L. ROA y Cols. Prevalencia Y Características Del Estrés Postraumático En Militares Activos Del Ejercito Nacional. Bogotá: Universidad Católica De Colombia.1998

RAFFO, L.S, Artículo de Intervención en Crisis, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, Universidad De Chile, 2005

ROBERTS, EA y Pastor, B: Diccionario Etimológico Indoeuropeo De La Lengua Española, Alianza, Madrid, 1996

SLAIKEU, K: Intervención en crisis, Editorial Manual Moderno, México D.F. 1996

ANEXOS

GUÍA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA LAS FUERZAS MILITARES

INTRODUCCIÓN

La guía de intervención en crisis para las Fuerzas Militares se ha diseñado con el objetivo de favorecer de manera exclusiva al personal combatiente. Este documento se orienta a preservar la salud mental, reduciendo al máximo posible las crisis emocionales y la incidencia de trastornos psicológicos o de adaptación al medio, pues lo que se busca prevenir son los efectos devastadores que tienen las vivencias traumáticas o situaciones propias de la guerra.

Esta guía parte de la necesidad de intervenir de manera efectiva en los diferentes factores de alto riesgo al que se ve expuesto el personal en su quehacer típicamente militar.

En el anterior sentido, la guía analiza de forma precisa los reportes estadísticos que evidencian la presencia de problemas mentales como los siguientes: trastorno de estrés postraumático, crisis de pánico, trastornos sicóticos, trastornos de estado de ánimo, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, disfunciones familiares; conflictos afectivos, emocionales y suicidios.

En conclusión, el propósito de esta guía es velar por la integridad mental, el bienestar y la protección a nivel biopsicosocial del personal militar, dando respuesta al mejoramiento de la calidad de vida de estos hombres, precisando una serie de acciones tendientes a generar estrategias de afrontamiento en situaciones crítica y comprometer e invitar a todos los Comandantes y cada uno de los efectivos de la fuerza, para que participen de forma activa y promuevan un marco de inserción en su actuar profesional en cuanto la detección precoz y promoción de la salud mental en todas las Unidades del país.

OBJETIVOS

1. Delimitar los criterios de intervención en crisis en el medio militar.
2. Implantar mecanismos precisos de intervención en crisis en el personal militar.
3. Establecer técnicas terapéuticas más utilizadas en el contexto militar para la intervención en crisis.

Esta Guía De Intervención En Crisis va dirigida tanto al personal de comandantes, del Ejército Nacional como a los psicólogos que ejerce en el medio militar ya sean civiles o militares.

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| 1. Reacciones Comunes Que Pueden Presentarse Ante La Situación De Crisis | 30 |
| 2. Evolución De Una Crisis | 31 |
| 3. Etapas Y Reacciones Que Se Presentan En La Crisis | 31 |
| 4. Factores Asociados Que Inciden En El Momento Del Combate | 33 |
| 5. Clasificación Clínica De Una Crisis | 34 |
| 6. Tipos De Crisis | 38 |
| 7. Qué Es La Intervención En Crisis | 39 |
| 8. Principios De La Intervención En Crisis En El Medio Militar | 40 |
| 9. Técnicas De Intervención En Crisis | 41 |
| 9.1 Primeros Auxilios Psicológicos | 41 |
| 9.2 Debriefing | 43 |
| 9.3 Técnicas De Autoayuda Para Controlar El Malestar | 45 |
| 9.4 Técnicas Útiles Dentro Del Proceso Psicoterapéutico Para Controlar La Crisis | 46 |
| 10. Aplicación Practica Para El Manejo Psicológico Inmediato | 51 |

1. REACCIONES COMUNES QUE PUEDEN PRESENTARSE ANTE LA SITUACIÓN DE CRISIS

| | |
|------------------------------|--|
| Reacciones físicas | Fatiga, cansancio, trastornos del apetito, cefalea, náuseas, vómito, sudación, temblor, escalofríos, movimientos faciales involuntarios, crujir de dientes, mialgias (dolores musculares), mareos, síntomas de estado de choque (sensación de ahogo, opresión en garganta, pecho o estómago), empeoramiento de condiciones crónicas (diabetes, hipertensión, etc.). |
| Reacciones cognitivas | Confusión y desorientación, pesadilla recurrentes, pérdida de memoria, problemas de concentración, estar distraído, atención reducida, dificultad para tomar decisiones o hacer cálculos, confundir asuntos triviales con asuntos de importancia, preocupación con el desastres, rumores, cuestionamientos espirituales. |
| Reacciones emocionales | Depresión, sentirse abrumado o anonadado, pena, aflicción, identificación con los deudos, anticipar daño así mismo y a otros, irritabilidad, tristeza, enojo, resentimiento, ansiedad, miedo, desesperación, desesperanza, culpabilidad y duda de sí mismo, cambios impredecibles de humor. |
| Reacciones de comportamiento | Problemas para dormir, llanto fácil, evitación de recuerdos, abuso de sustancias químicas y alcohol, humor del patíbulo, cambios en la manera de andar, conducta ritualística, vigilancia extrema, no desear apartarse de la escena, nivel de actividad excesivo, incremento de los conflictos con la familia, hipervigilancia y reacciones de sobresalto, aislamiento social. |

Fuente: Manual de procesos y procedimiento en tanatología clínica, Intervención en Crisis y Debriefing En Situaciones De Duelo Agudo. 2002¹⁷

¹⁷ Ibid., p 4

2. EVOLUCIÓN DE UNA CRISIS

A través de los estudios realizados por la psicología en el contexto militar se han distinguido tres escenarios bien diferenciados en cuanto a las consecuencias psicológicas generadas en el personal combatiente:

- I. **impacto directo**¹⁸, es donde el sujeto se expone a una situación extremadamente crítica para él (emboscada, secuestro, exposición a minas antipersonales, combates), y como consecuencia se presentan muertos y heridos graves.
- II. **impacto transversal**¹⁹: es aquel donde pueden o no existir muertos o heridos en el combate, pero aparecen conductas inadecuadas en el sujeto, con grandes dosis de indecisión, pánico, huida patológica, incoordinación y conductas inútiles, que no están dirigidas hacia la coordinación del equipo.
- III. **denominado, de impacto exterior**²⁰; en donde no se han presentado pérdidas de vidas humanas o heridos. La situación se caracteriza por la existencia de angustia, incertidumbre e inquietud; pero se genera la crisis como en el primer o segundo escenario.

3. ETAPAS Y REACCIONES QUE SE PRESENTAN EN LA CRISIS

Otra situación que determina el comportamiento de los individuos en la guerra, está determinada por el escenario en que se encuentra las acciones. A continuación se hace una descripción de las diferentes etapas y de sus reacciones psicológicas propias; que sirven como complemento a las ya descritas.

¹⁸ SEMINARIO DE SALUD MENTAL. Memorias: El estrés de combate y la fatiga de combate: Bogotá, D.C. Mayo 2002

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

- **Período Precrítico:** “son las fases anteriores, inicial o de alerta”²¹. Se caracteriza por ser de alta tensión al conocerse la inminencia; permite averiguar el grado de preparación de los organismos con competencias y permite evaluar la mentalidad colectiva de la población militar y conocer su grado de cohesión, que es el factor más importante contra la posible desorganización y pánico que pueda surgir.
- **Período o Fase de Crisis:** llamada por González de Riviera²² fase de shock o impacto agudo; tiene consecuencias muy dispares sobre los individuos según sea la violencia expuesta. Se suele caracterizar por crear desorganización, fuerte estrés, y un fenómeno psicológico típico consistente en un fuerte sentimiento de abandono, aislamiento y vulnerabilidad.
- **Fase de Reacción:** “se caracteriza por conductas de tensión emocional después del combate. El estrés, la fatiga mental y física acumulada se manifiestan en este momento en forma de desorientación y una impresión extrema de vulnerabilidad, lentificación de movimientos y pérdida de iniciativa”²³.
- **Período o Fase Poscrítica Inmediata:** “se conoce como fase de restauración es generalmente una fase muy lenta en donde ya se comienza a hacer un trabajo de clasificación y evaluación de la situación”²⁴. En esta etapa, de acuerdo a lo expuesto por el Doctor Vicente Ibáñez Rojo²⁵ se han observado comportamientos psicológicos particulares: por un lado, un miedo irracional de creer que la situación aún no ha acabado o que incluso puede retornar, y de otra parte, la aparición de sentimientos de frustración o culpabilidad por no haber sabido ayudar a otros.

²¹ GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7(Jul - Sept 2001); p 38

²² *Ibid.*, p 38

²³ *Ibid.* p. 39

²⁴ *Ibid.*, p 39

²⁵ DISAN. Plan Maestro De Salud Mental Para Las Fuerzas Militares De Colombia. Bogota D.C. Imprenta Nacional de Colombia, 2007.p 62.

- **Fase de Efectos a Largo Plazo:** Cuyos límites en el tiempo y conductas resultan difíciles de determinar. En general, “están caracterizadas por el denominado estrés postraumático cuyos efectos físicos y psicosomáticos de las catástrofes en los individuos dependen de factores como: las heridas recibidas y sus secuelas, el haber perdido parientes o demás costos directos de las acciones”²⁶.

Importante resulta describir la preexistencia de ciertos factores asociados que pueden considerarse desencadenantes a la presencia de una crisis en el militar combatiente.

4. FACTORES ASOCIADOS QUE INCIDEN EN EL MOMENTO DEL COMBATE

| Factores | Explicación |
|--------------------------------|--|
| Biológicos | Diferencias constitucionales de sensibilidad de vigor y temperamento que enfrentan la resistencia individual del combate. Contempla: Grado de fatiga física |
| Psicológicos e Interpersonales | Dimensión emocional que dota al individuo de herramientas conductuales para enfrentar las exigencias ambientales. Contempla: Situación familiar, problemática personal, propia motivación, reducción de la libertad personal, frustraciones de todo tipo, separación del hogar y seres queridos. Estresores asociados al combate como: Miedo, angustia, extrañamiento, necesidad de matar, duración del servicio de combate y características personales. |
| Factores Socioculturales | Dimensión social que incluyen la claridad y aceptabilidad de los objetivos de la guerra. Contempla: Calidad de liderazgo. |

²⁶ Op.cit. p. 39

| | |
|--------------------|---|
| Factores Militares | Identificación del soldado con su unidad de combate: Espíritu de cuerpo, moral del grupo, la relación interpersonal del soldado con sus camaradas, confianza en la capacidad de sus dirigentes, suficiencia de su entrenamiento, duración del combate y proximidad de relevo. |
|--------------------|---|

Fuente: Elaborado por los autores a partir de la información de Grinker y Spiegel (1945, citado por (Coleman y cols, 1990)) y otros autores.

Coleman y Cols²⁷. también ha descrito alteraciones individuales tales como: alteraciones de la percepción de la realidad; principalmente producido por un alto grado de confusión y tensión, convirtiéndose en fácilmente influenciables por opiniones de otras personas. Se producen reacciones emocionales desajustadas; según los individuos y según las situaciones y que se caracterizan por la presencia de notables alteraciones en los aparatos y sistemas cardiovascular, respiratoria, urinaria, locomotora, endocrina, nerviosa, muscular, cutánea. Cambios en el nivel de coagulación de la sangre para las heridas; y una mayor insensibilización al dolor

5. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE UNA CRISIS

Clinicamente, se puede conceptualizar "la crisis como una situación transitoria de estrés, cuya resolución requiere una decisión estructurante, y en la que el sujeto tiene clara conciencia de la disparidad entre el rendimiento habitual de sus recursos y las exigencias de la tarea critica"²⁸. Las manifestaciones de este estado dependen de:

²⁷ Coleman y cols., 1990. citado por GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7(Jul - Sept 2001); p 38

²⁸ González de R: "Nosología Psiquiatría del estrés" Psiquis, 2001 , 22: p 1 - 7

I. Personalidad del sujeto.

Mackinnon y Michels, consideran que los rasgos de personalidad matizan la forma de afrontar la crisis, estableciendo:

En primer lugar, un filtro sobre qué acontecimientos serán considerados como críticos (es decir, bloqueantes de las metas importantes del sujeto) y cuáles no.

En segundo lugar, una vez inmerso en la situación de crisis, los rasgos de personalidad condicionan la preferencia por determinadas estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas.²⁹

Los dos parámetros de personalidad que más nos interesan, tanto por su influencia como por su condicionamiento de las intervenciones terapéuticas, son la madurez y la flexibilidad. "Entendemos por madurez el nivel de estabilidad del autoconcepto e identidad psicosocial".³⁰ "La flexibilidad es el grado o facilidad con que pueden formarse nuevas estrategias y decisiones, renunciando a otras que ya no cumplen el propósito por el que fueron creadas"³¹.

Naturalmente, "a mayor madurez de la personalidad, mejor capacidad resolutoria, menor duración de la crisis y mejor salida de la misma. Por eso, las mejores medidas preventivas ante las crisis son aquellas que conducen al fortalecimiento y desarrollo de la personalidad, es decir, una buena educación"³². Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico práctico inmediato, la

²⁹ Mackinnon, RA y Michels, RM: The psychiatric interview in clinical practice. WB Saunders, Philadelphia, 1971. citado por GONZÁLEZ José y REVUELTA: Psicoterapia de la Crisis. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. No. 7(Jul - Sept 2001); p 38

³⁰ González de R y Revuelta: Psicoterapia de la Crisis, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Julio-Septiembre, 2001, p 39

³¹ Ibid p. 39

³² Ibid. p 39

intervención en la crisis no puede aspirar a influir de manera estructurante en la personalidad, debiendo conformarse con apoyar la frágil identidad comprometida, identificar pronto el área en que debe concentrarse el trabajo psicoterapéutico, y confiar en que las capacidades creativas del paciente se avivarán ante la necesidad del momento.

II. Experiencias previas.

“Cada nueva crisis actúa no solamente por sí misma, sino además como un recordatorio de crisis previas. En la medida en que éstas hayan sido mal resueltas, su reactivación será un estrés sobreañadido a la situación crítica actual. Por el contrario, en la medida en que la resolución de crisis anteriores haya sido eficaz, el sujeto enfrentará la nueva con mayor confianza”³³. Es por eso importante, en la evaluación de un paciente en situación de crisis, obtener una buena historia crítica, especialmente en lo que se refiere a su actitud ante situaciones similares anteriores. Las pautas de enfrentamiento y las consecuencias experimentadas anteriormente nos dan una clara predicción de las probabilidades en la situación presente, y orientan hacia las avenidas terapéuticas más eficaces.

III. Condicionantes socioculturales

La educación, la cultura, y consideraciones similares, influyen, en primer lugar, en que una situación se considere como crítica, o no. El apoyo social, en todos sus aspectos, es un importante modificador de la crisis, amortiguando el estrés e incrementando los recursos de afrontamiento, tanto por aporte directo como indirectamente por fortalecimiento auxiliar de la personalidad del sujeto.

Las pautas culturales de afrontamiento y resolución de crisis, compartidas por la comunidad y avaladas por una larga tradición, son sumamente útiles, y representan un sistema organizado de intervención y prevención en muchas

³³ Ibid., p.39

crisis previsibles y normativas. "Las pautas culturales establecidas guían a la persona que se enfrenta a la crisis en cuanto a su correcta conducta y actitud, favorecen la adecuada expresión emocional, aseguran el apoyo de familiares, amigos y extraños, garantizan la transmisión de los bienes y responsabilidades del muerto sin culpa, y, sobre todo, reconocen que se trata de una crisis personal importante, a la que hay que dedicar tiempo y sufrimiento"³⁴.

El afrontamiento y resolución de crisis también se puede aprender y compartir. La familia, como organización protectora responsable inmediata de la educación del individuo, juega en ello un papel principal. Como en tantas otras cosas, es más el ejemplo viviente que la normativa verbal lo que cuenta: "Las crisis ajenas cuya resolución el individuo tiene oportunidad de presenciar, son mucho más estructurantes que todos los consejos preventivos que pueda recibir"³⁵.

"El entorno académico o laboral también juega un papel condicionante, a favor o en contra, como depositario de pautas de apoyo o de persecución en tiempos de crisis. El crecientemente reconocido fenómeno de acoso psicológico institucional",³⁶ merece ser tenido en cuenta, no tanto por su importante participación en la génesis de estados críticos, sino, sobre todo, por el efecto inhibitor que tiene sobre las capacidades de afrontamiento y resolución del sujeto. El terapeuta avisado debe explorar esta posibilidad, y no asumir que toda victimización está sólo en la mente del paciente o ha sido causada por él mismo. La posibilidad de verbalizar, compartir, comprender y reaccionar ante una experiencia de acoso es vital para recuperar la moral y confianza ante una situación de crisis.

³⁴ Ibid. p 40

³⁵ Ibid. p 40

³⁶ González de R, JL: " El acoso psicológico institucional" Diario Medico, 18 de Julio de 2000: 14

6. TIPOS DE CRISIS

Según González y Revuelta³⁷ los tipos de crisis son:

□ **Crisis Generalizada:**

Son las que afectan a todo el grupo, comunidad, u organización, y sus causas tienden a ser relativamente objetivas y externas, son estas las circunstancias que ponen a prueba la calidad del liderazgo establecido y permite la emergencia del héroe, entendido como el individuo que toma sobre sí la carga y los problemas de la comunidad y los resuelve.

□ **Crisis Personales O Privadas:**

Afectan a una persona en concreto, de manera relativamente independiente al acontecer sociocultural general. Aunque posiblemente interesantes para ella los problemas a resolver no afectan de manera central a la comunidad a la que pertenece el individuo por lo que su respuesta es variable, pudiendo llegar a responder en absoluto.

□ **Crisis Circunstancial o Imprevisibles:**

El estudio concreto detallado de las crisis imprevisibles o accidentales está relacionado con el campo del estrés postraumático. Las crisis Circunstanciales: están relacionadas con las propiedades de la vida humana las estructuras sociales en que se desarrolla, los usos y costumbres de su tiempo y lugar, y el entorno cultural inmediato o dominante en que se integra. Es decir que se apoyan en algún factor ambiental, familiar, social o cultural, por ejemplo: desastres naturales, víctimas de crímenes violentos, divorcio y otros.

□ **Crisis Del Desarrollo O Normativa:**

Descritas por Eric Erikson son universales, en el sentido que ocurren en todos los seres humanos, y, al mismo tiempo, personales, el sentido de que para cada individuo es una vivencia intransferible, consubstancial a su propio

³⁷ González de R y Revuelta: Psicoterapia de la Crisis, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Julio- Septiembre, 2001

desarrollo psíquico. Cada ser humano nace con un conjunto general de aptitudes, capacidades y tendencias que conforman una constelación genética cuya actualización esta modulada por la influencia de la educación y el medio ambiente.

□ **Crisis Transicionales O De Cambios Vitales Importantes No Incluidos En Los Apartados Anteriores.**

Son crisis relativamente predecibles, relacionadas con el propio proceso de crecimiento / envejecimiento, y su ajuste en un entorno social altamente regulado. Estas crisis son inevitables porque hacen parte del proceso vital de todos los seres humanos.

7. ¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN EN CRISIS?

Es un procedimiento inmediato que se desarrolla [con el propósito de recuperar el equilibrio emocional de una persona después de haberse expuesto a una situación critica...] ³⁸ a través del fortalecimiento de los recursos individuales.

7.1 OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Los objetivos de la Intervención en crisis en el medio militar

- Facilitar la recuperación emocional y física en el personal militar a todo nivel.
- Establecer una red de apoyo institucional (el comandante, el capellán, el medico y el psicólogo y otros) para facilitar la recuperación y atender las necesidades básicas del personal y /o familias que se encuentra atravesando por crisis.

³⁸ Slaikeu, K: Intervención en crisis, Editorial Manual Modemo, México D.F. 1996

- Fortalecer los recursos personales con el fin de disminuir la incidencia del trastorno de estrés postraumático en el personal militar a todo nivel.
- Generar cultura de auto cuidado y la importancia de salud mental en el personal militar a través de procesos de higiene mental
- Prevenir síntomas / secuelas producto de la exposición a situaciones críticas con el fin de evitar alteraciones en las áreas de funcionamiento y en la salud mental del personal militar.

8. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN EL MEDIO MILITAR

- **Oportunidad:** Dentro del medio miliar es importante brindar estrategias que faciliten la recuperación y restablezcan el equilibrio en corto tiempo, también es importante que justo después de ser vivida la situación traumática y luego de que la tropa haya descansado, cambiado de ropas y comido alimentos calientes, se proporcione el momento para ofrecer un apoyo terapéutico que facilite la expresión de sentimientos y pensamientos alrededor de la situación de combate vivida con el fin de restaurar, recuperar y normalizar las reacciones presentadas.
- **Metas:** Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado como el que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico, asimismo, que ayudarle a recuperar la moral combativa, a normalizar las reacciones y a retomar la misión en el menor tiempo posible.
- **Valoración:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis, igualmente, es primordial la identificación de las percepciones sobre la situación crítica vivida, ya que, se hace necesario para reconocer el nivel de impacto que cada integrante del equipo de combate presenta, así

mismo, se evalúa los recursos, los estilos y las estrategias de afrontamiento que poseen para enfrentar la situación.

9. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Son técnicas útiles porque: primero hacen parte de una serie de practicas que contribuyen a la normalización de situaciones criticas producto de la vida militar, segundo porque ayudan a mantener el autocontrol de la emociones producto de la exposiciones a las mismas, tercero porque identifican el nivel de vulnerabilidad mental / psicológico de las personas comprometidas en operaciones y en cuarto lugar porque disminuyen el impacto psicológico que dejan estas situaciones.

9.1 PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS³⁹

| Componente | Comportamiento del asistente | Objetivo |
|--|--|--|
| Realizar un contacto psicológico | Invitar al paciente a hablar; escuchar los hechos y sentimientos de manera cuidadosa; sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos; efectuar declaraciones empáticas; comunicar aceptación e interés por comunicarse; terapia de contacto físico; dar "control calmante" a una situación intensa. NO HACER: contar la propia historia; ignorar sentimientos o hechos; juzgar o tomar partido | Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado; reducir la intensidad del aturdimiento emocional; reactivación de las capacidades de resolución de problemas |
| Analizar las dimensiones del problema | Indagar acerca del pasado inmediato (incidente que precipitó la crisis); fortalezas y debilidades previas y presentes; recursos personales internos y externos (sociales). Plantear preguntas abiertas; pedir a la persona que sea concreta; evaluar la mortalidad NO HACER: Dependere de preguntas de sí/no; permitir abstracciones continuas; | Establecimiento de prioridades: inmediatas y posteriores |

³⁹ Modificado de: Slaikeu, K.A.: Intervención en Crisis: Manual para práctica en investigación. Manual Moderno, Segunda Edición en Español, 2001

| | | |
|---|--|--|
| | soslayar las señales de peligro | |
| Sondear posibles soluciones | <p>Preguntar qué es lo que el sujeto ha intentado hasta ahora; examinar qué es lo que puede o podría hacer ahora; proponer nuevas alternativas (un nuevo comportamiento del sujeto, redefinición del problema, asistencia externa, cambio ambiental). Alentar la lluvia de ideas; trabajar de manera directa por bloques; establecer prioridades</p> <p>NO HACER: Permitir la visión de pasar por un túnel; dejar obstáculos sin examinar; tolerar una mezcolanza de necesidades</p> | Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores |
| Asistir en la ejecución de pasos concretos | <p>Si la mortalidad es baja y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, ACCION FACILITADORA (los rangos de acción van desde escuchar de modo activo hasta dar consejos)</p> <p>Si la mortalidad es alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, ACTITUD DIRECTIVA (los rangos de acción van desde la movilización activa de recursos hasta el control de la situación). Dar un paso cada vez; establecer metas específicas de corto plazo; hacer confrontaciones cuando sea necesario; ser directivo si, y solo si, debe hacerlo</p> <p>NO HACER: Intentar resolverlo todo ahora; tomar decisiones que comprometan por largo tiempo; ser tímido; retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario</p> | Ejecutar soluciones inmediatas planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas |
| Seguimiento para verificar el proceso | <p>Asegurar la identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio para re-contactar. Evaluar los pasos de acción.</p> <p>NO HACER: Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo; dejar la evaluación a alguien más</p> | Asegurarse de la satisfacción de las tres sub-metas de los PAP; satisfacción de las necesidades inmediatas |

9.2 EL "DEBRIEFING" (RE SIGNIFICACIÓN EMOCIONAL):

Es muy importante tener claridad con respecto a que el debriefing no es un proceso terapéutico ni una crítica operacional. Su objetivo es prevenir el agotamiento y el estrés postraumático. Los propósitos del "debriefing" son: en primer lugar Facilitar en corto tiempo la reducción de malestar emocional y físico, y en segundo lugar restaurar y fortalecer rápidamente la confianza, efectividad y unidad de la tropa.

9.2.1 Fases Del "Debriefing"

0. Fase Preparatoria: Al tener conocimiento de la situación crítica se toma contacto con el Comandante y se le orienta para que permita que el personal se bañe, se cambie de ropa, tome comida caliente, descanse o duerma mientras llega el psicólogo a la Unidad. Se contextualiza la situación táctica, se obtiene información completa de los antecedentes, desarrollo y término de la operación. El psicólogo debe conocer los detalles de la operación.

I. Fase Introductoria: Reunión del psicólogo responsable del Debriefing con la Unidad afectada. Se hace la presentación de los facilitadores y el propósito de la reunión, estableciendo de reglas: confidencialidad, respeto, bloqueos o rompimientos.

II. Fase De Reconstrucción De Los Hechos: Se debe involucrar a cada uno en una reconstrucción verbal del evento con detalles precisos y en orden cronológico. Es importante resaltar que todas las personas involucradas en el evento de combate deben participar puesto que cada persona vivencia estos hechos de manera distinta.

III. Fase De Pensamientos: El foco de atención salta de los hechos a lo experimentado durante el evento, se debe incentivar la expresión de pensamientos más que de sentimientos sobre el evento y después del mismo. El

profesional debe identificar los pensamientos clave que faciliten la reestructuración cognitiva.

IV. fase de reacciones: El foco de atención pasa de lo cognitivo a lo experiencial. Consiste en identificar los pensamientos y las reacciones en momentos más críticos. Los participantes describen sus reacciones emocionales durante el evento. ¿Qué fue lo peor de este evento? se propicia el espacio para la reacción de experiencias cargadas emocional mente.

V. Fase De Sintomas: Básicamente normaliza la respuesta ante el estrés. El foco pasa de lo emocional al dominio cognitivo. Consiste en hacer entender que la reacción al estrés es displacentera pero normal ante una situación fuera de lo normal. Los participantes describen sus reacciones físicas durante y después del evento. Esta fase facilita la normalización de las reacciones al compartirlas.

VI. Fase De Aprendizaje: Pretende validar la situación como una respuesta natural ante un evento anormal que debe ser vivido, aceptado y afrontado.

VII. FASE DE CIERRE: Se efectúa el cierre de la sesión, haciéndoles saber a los participantes que existen varias opciones de apoyo a escala individual y grupal.

El psicólogo debe identificar casos particulares que requieren intervención y realizar los manejos correspondientes de acuerdo con su clasificación, grado de severidad y pronóstico; se debe realizar la intervención o remisión correspondiente.

Se deben emitir por escrito recomendaciones precisas sobre el manejo de la Unidad desde el punto de vista psicológico militar y el manejo y seguimiento de casos individuales que lo ameriten desde el punto de vista clínico.

Después de concluido el "debriefing" se da un tiempo prudencial de descanso, se debe efectuar una instrucción sobre elaboración de duelo y si es posible, con la

colaboración del capellán, debe realizarse una actividad de despedida simbólica que involucre la parte espiritual.

El debriefing debe aplicarse después de cada operación, haya existido o no enfrentamiento, con bajas o sin bajas, con el fin de disminuir los factores de riesgo que puedan desencadenar, en un futuro, fatiga de combate, estrés agudo o TEPT.

La prevención terciaria va dirigida a la rehabilitación de las personas que han dejado de trabajar por problemas de salud mental.

9.3 TÉCNICAS DE AUTOAYUDA PARA CONTROLAR EL MALESTAR

Los esfuerzos para promover el cambio de comportamiento que implican un mínimo contacto con el terapeuta únicamente, o que no lo implican, se llaman de autoayuda. Los programas de este tipo puede continuarlos el paciente en lo individual únicamente, o pueden implicar la participación en un grupo, en el que todos los miembros del mismo padecen por el mismo problema e intentan facilitar el cambio al proporcionarse apoyo unos a otros.

Los grupos de autoayuda, por otra parte, han sido desarrollados cuando varios individuos con problemas similares deciden conformar un grupo en el que todos pueden compartir sus problemas, y en el que los participantes trabajan juntos hacia las soluciones.

□ BIBLIOTERAPIA

Los libros de autoayuda existen dentro de una gran variedad de técnicas, que incluyen las del comportamiento, la tendencia de "hágalo usted mismo" las que abordan problemas psicológicos y el cambio de comportamiento a través de la psicoterapia, lo que redundo en numerosas publicaciones.

□ **DIETA Y NUTRICIÓN**

La importancia de una dieta bien equilibrada para la salud física y el bienestar psicológico se ha vuelto un tema popular entre los profesionales y sus pacientes. Los nutrientes que se necesitan no sólo dependen de las características anatómicas y fisiológicas de una persona, sino también de variables psicológicas, como la cantidad experimentada de estrés. Ésta, por ejemplo, aumenta la cantidad de vitaminas que se requieren. Las deficiencias nutricionales pueden provocar un vasto orden de efectos psicológicos colaterales, como son dolores de cabeza, náusea, melancolía e irritabilidad.

□ **EJERCICIO FÍSICO**

La importancia de la buena condición física para la salud mental ha sido destacada por clínicos de muy diversos antecedentes teóricos. Lazarus considera el entrenamiento para la condición física como una respuesta de enfrentamiento; Selye postula que el ejercicio provee una distracción de las cogniciones productoras de ansiedad. En una reseña del impacto del entrenamiento para la condición física sobre la salud mental, Folkins y Sime concluyeron que aquél conduce a mejoramientos en el estado de ánimo, el autoconcepto y el desempeño laboral.

9.4 TECNICAS UTILES DENTRO DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO PARA CONTROLAR LA CRISIS

□ **DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA**

Esta técnica de reducción de la ansiedad fue desarrollada primero por Salter y Wolpe. Se basa en el supuesto de que una respuesta de temor puede inhibirse al sustituirla con una actividad que sea antagónica de la respuesta de temor. La desensibilización conlleva exponer al paciente a una jerarquía de situaciones adversas, en tanto éste desempeña una actividad que es incompatible con la ansiedad. Para contra condicionar la respuesta de miedo se utiliza con mayor

frecuencia la relajación, en cuyo caso se lleva a cabo el entrenamiento en relajación, de manera previa al programa de desensibilización. La exposición gradual a la situación temida puede realizarse en la fantasía de la persona "con la utilización de la imaginación o en la vida real, in vivo". De manera usual, el procedimiento comienza con una situación totalmente no amenazante y, cuando ésta se ha dominado y no evoca ya más ansiedad, el entrenamiento progresa hacia un nivel más amenazante. Se alienta al paciente a practicar en su ambiente natural la respuesta recientemente aprendida, para proporcionar una exposición más amplia a la situación, y para asegurar la generalización desde la oficina del terapeuta a la vida cotidiana.

En la desensibilización de contacto de Bandura, el paciente puede observar a un modelo, que no necesariamente es el terapeuta, que se aproxima y domina a la situación. La fantasía emotiva es un intento por adaptar una desensibilización apropiada para los individuos. En ésta las imágenes inhibitorias de la ansiedad como ser un héroe o estar junto a éste en una aventura, se evocan al narrarle al individuo un relato que le provoque ansiedad. De manera gradual, las situaciones temidas o los acontecimientos que provocan miedo se entrelazan dentro de la historia, hasta que el individuo ha dominado todos los temas dentro de la jerarquía.

□ **AFECTO INDUCIDO**

Esta técnica se encamina a la liberación de las emociones, y se utiliza con pacientes que han sido víctimas en un incidente traumático, como un ataque o una violación. Después de ser instruido en primera instancia para relajarse, se inquiere al paciente acerca del incidente traumático y se le pide que describa cada detalle referente al mismo. El terapeuta alienta la libre expresión de emociones y apoya al paciente en la clarificación de los sentimientos relacionados con el incidente.

□ **CONTROL DEL DOLOR**

Similares a la inoculación de estrés para la ansiedad o la ira, los programas de control del dolor han sido elaborados para enseñar al paciente a enfrentarse con el dolor esperado, agudo o crónico. La mayoría de los procedimientos son más bien complicados, y contienen aspectos informativos para influir sobre la apreciación cognoscitiva, el entrenamiento en relajación para disminuir la tensión relacionada con el dolor, y la reestructuración cognoscitiva para fomentar el enfrentamiento con la aflicción.

□ **CONTROL DE LA IRA**

El manejo de la ira, según lo practica Novaco, es una derivación del entrenamiento en inoculación de estrés. Novaco considera a la ira como un sentimiento que tiene funciones positivas y, por tanto, no instruye en la supresión de la misma. Antes bien, la meta del entrenamiento es aprender a reconocer la ira y expresarla adaptativamente. La primera fase, la preparación, consiste en la educación acerca de la excitación de la ira y sus determinantes, la identificación de las situaciones que la desatan, el discernimiento de los accesos de ira adaptativos opuestos a los desadaptativos, y la presentación de las técnicas de control de la ira como estrategias de enfrentamiento para manejar el conflicto y el estrés. La segunda fase, la adquisición de habilidades, abarca el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento cognoscitivas y conductuales. En la tercera fase, la aplicación, el terapeuta induce la ira, y estos estímulos inducidos se utilizan para el entrenamiento de las habilidades recientemente adquiridas.

□ **CONTROL DE LA RESPIRACIÓN**

Se instruye al paciente en la respiración profunda, diafragmática. Después exhalar, el siguiente paso es inhalar aire, en tanto, al mismo tiempo, se empuja el diafragma hacia abajo y afuera (con lo que se forma una gran cavidad), lo cual se provee de espacio suficiente para que el aire fluya hacia los pulmones. Entonces el aire se libera lentamente, mientras, a un mismo tiempo, se contrae el abdomen. El control de la respiración es una parte valiosa del manejo de la ansiedad o de la inoculación de estrés.

□ **DETERCIÓN DEL PENSAMIENTO**

Como indica su nombre, esta técnica se encamina a la terminación de cogniciones no deseadas, como las meditaciones, los pensamientos autoderrotistas, los pensamientos que evocan temor. En ella, se pide al paciente que piense acerca de la cognición no deseada. Cuando el paciente indica que está profundamente adentrado en la cognición, el terapeuta grita "alto". Con frecuencia, esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir al pensamiento no deseado.

□ **DIÁLOGO ORIENTADO CONSIGO MISMO**

Esta técnica conforma habilidades cognoscitivas de enfrentamiento. Cuando se enseña el diálogo orientado consigo mismo, el terapeuta primero ayuda al paciente a concentrarse sobre el diálogo interno, o sobre las autoaseveraciones que el paciente piensa en situaciones problemáticas. Paciente y terapeuta identifican las autoaseveraciones irracionales, erróneas y autoderrotistas (como la de "nunca puedo resolver este problema") y las aseveraciones fortalecedoras de tareas se generan para reemplazar el diálogo negativo consigo mismo. Cuando se prepara para una situación problemática, el paciente plantea y responde preguntas que ayudan a analizar la situación de una manera más racional (como en ¿qué debo hacer en este caso?).

□ **ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS**

Originalmente, la inoculación de estrés se propuso para el tratamiento de la ansiedad, aunque más tarde se amplió a la ira y el dolor se trata de un enfoque de habilidades de enfrentamiento que intensifica la capacidad del paciente para responder a situaciones estresantes con emociones menos perturbadoras y un alto nivel de adaptación del comportamiento. El tratamiento incorpora tres fases: preparación cognoscitiva, adquisición de habilidades y entrenamiento en la aplicación. El fundamento que subyace al enfoque de enfrentamiento a factores de estrés como son temores, dolor o ira, es que éstos son aspectos inevitables de la vida que deben manejarse y, como resultado del entrenamiento, éstos se

convierten en otros que desencadenan las respuestas de enfrentamientos recientemente adquiridas.

□ **ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO**

Esta técnica de relajación fue desarrollada primero por Schultz y Luthe e implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la estrecha orientación de un instructor, el paciente aprende primero a relajar varios grupos de músculos. Al tenderse sobre el suelo o sobre una cama dura, los ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de lo cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente: "mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repiten para todas las áreas musculares importantes. En el entrenamiento autogénico avanzado, se aprenden las sugerencias para controlar diferentes sistemas orgánicos y, finalmente, se agrega la producción de fantasías sugeridas.

□ **ENTRENAMIENTO EN COMPORTAMIENTO ASERTIVO**

el comportamiento asertivo se define como aquel que "capacita a una persona a actuar en favor de su mejor beneficio, apoyarse a sí misma sin sentir ansiedad indebida, expresar sus sinceros sentimientos de manera tranquila o ejercer sus derechos sin negar los derechos de los demás" Los paquetes de tratamiento usualmente incluyen entrenamiento de habilidades, despliegue de la ansiedad: respuestas antagónicas y cambio de actitud. Los componentes del entrenamiento en habilidades son el modelamiento, Role playing, el ensayo del comportamiento, la retroalimentación y el reforzamiento.

□ **ASIGNACIONES DE TAREA EN CASA**

La asignación de tareas particulares para que el paciente las complete entre las sesiones de terapia, han sido utilizadas por largo tiempo en la psicoterapia. Las tareas para casa se proporcionan para ayudar en el entrenamiento en relajación, desensibilización y entrenamiento de habilidades. Se tiene la esperanza de que tales asignaciones contribuyan a un papel activo del paciente en la terapia, un

incremento en la práctica del comportamiento que es difícil para el paciente y una mejor generalización a partir del éxito en el ambiente terapéutico hacia el entorno natural del mismo. Las asignaciones de tareas en casa se clasifican desde el llenado de tablas de observación del comportamiento (de sí mismo y de los demás) o cuestionarios, verificación de pensamientos, práctica de nuevos comportamientos, hasta la lectura de bibliografía sugerida.

□ **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES INTERPERSONALES**

Las habilidades interpersonales (sociales) incluyen una amplia variedad de comportamientos que son importantes siempre que un individuo interactúa con otras personas. Ejemplos de programas para la intensificación de las habilidades sociales incluyen el entrenamiento en asertividad, la comunicación, la conversación, hacer citas para salir con alguien, entrevistas de trabajo, reñir cortésmente, revelación acerca de uno mismo y otras. Las principales técnicas que se utilizan son el modelamiento, role playing, inversión de roles, retroalimentación, asesoría y ejercicios de tarea.

10. APLICACIÓN PRÁCTICA PARA EL MANEJO PSICOLÓGICO INMEDIATO

| MANEJO PSICOLÓGICO INMEDIATO | | |
|------------------------------|---|--|
| POBLACIÓN | PARÁMETROS | RECOMENDACIONES |
| SOLDADOS ILESOS | 1. Muerte de su lanza (fases de duelo): → Aturdimiento e incredulidad. → Duelo agudo. → Depresión y desesperación. → Resolución del duelo. | → Asesoría psicológica en el sitio más cercano al combate → Informar a grupos de ilesos y heridos sobre la situación de sus lanzas. |
| | 2. Sensaciones intensas después combate: → Dolor agudo, angustia y miedo → Deseo de morir. → Rabia, culpa confusión temporoespacial → Despersonalización → Ilusiones e incluso regresión → Inhibición de sentimientos | → Desarrollar técnicas de expresión de sentimientos. → Implementar Seguimiento terapéutico en los casos que lo ameriten. |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| | <p>3. Manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Sensaciones físicas → Comportamientos cognoscitivos | <ul style="list-style-type: none"> → Llevar a cabo técnicas de relajación. → Recomendar el baño Con agua tibia y tomar una buena comida. → Evitar música fuerte o Ver películas violentas. |
| | <p>4. Trastorno de estrés Postraumático.</p> <p>5. Reacciones tardías al supervivencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aproximación psicológica a la muerte propia → Ideas suicidas → Pensamiento mágico | <ul style="list-style-type: none"> → Evaluar trastorno Según parámetros. → Hacer la evaluación del caso a través del examen mental. → Desarrollar técnicas de De sensibilización sistemática. |
| FAMILIA DE ILESOS Y HERIDOS | <p>1. Se evaluará el vínculo de filiación</p> | <ul style="list-style-type: none"> → Es necesario que exista una persona que informe la situación del personal que estuvo en combate; dicha información de be ser verificada por los lanzas o amigos del soldado. → Diseñar pautas para recibir o dar determinada noticia |
| | <p>1. Evaluación de la capacidad funcionamiento psíquico</p> <ul style="list-style-type: none"> → La apariencia y actitud → Conducta. → Pensamiento → Percepción → Lenguaje → Afectividad → Orientación → Memoria → Atención y concentra ión → Inteligencia → Juicio y racionio. | <ul style="list-style-type: none"> → El personal de heridos, cuando se vaya recuperando debe ingresar al grupo de ilesos los cuales se encuentran en trabajo psicológico |

| | | |
|---|---|---|
| <p>SOLDADOS HERIDOS Y / O AMPUTADOS</p> | <p>2. El tiempo y la intensidad de los combates aumenta los síntomas (Cilindros, balones bomba, ataques de bloques). → Entre mayor tiempo como combatiente mayores recursos psicológico para superar un trauma.</p> | <p>→ Entre menor nivel de escolaridad menos recursos psicológicos para enfrentar el trauma.</p> |
| | <p>3. El impacto del campo minado → Temor a la muerte. → Cada caso es individual → Estados de confusión mental por las infecciones causadas por las minas. → Tristeza y sentimientos de inutilidad por la pérdida de uno de sus miembros.</p> | <p>→ cada caso es diferente → La atención psicológica no debe pasar de las 72 horas (posible riesgo de estrés postraumático o una psicopatología → Evaluar las redes de Apoyo del paciente familiares e institucionales, para facilitar el proceso de recuperación → Facilitar expresión sentimientos frente al evento traumático. → Información Permanente sobre la evolución medica → importante tener conocimiento sobre el personal amputado ,la puesta de la prótesis y rehabilitación. → conocimiento antecedentes personales e historia de vida.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>4.Desconcierto por</p> <ul style="list-style-type: none"> → El desconocimiento tratamiento a seguir. → Cambios en su estilo de vida personal, familiar y laboral. | <ul style="list-style-type: none"> → Apoyo de la unidad Visita mas importante del Comandante de la Unidad. → Orientación a la familia Sobre comprometimiento familia.(no traer problemas, generar ambiente de armonía). → facilitar el proceso de recuperación física y emocional. → Terapia grupal con Personal herido y amputado. → Reubicación laboral. → La Fuerza da oportunidad es de estudios. → Seguimiento y apoyo psicológico permanente por los cambios y alteraciones en su estado de animo. |
| <p>PRIMERA EXPERIENCIA EN COMBATE</p> | <ul style="list-style-type: none"> → Dificultad para reaccionar Automáticamente. → Miedo → Ansiedad → Dificultad para enfocar la atención y para recordar lo aprendido → Inseguridad → Fatiga inducida por el miedo | <ul style="list-style-type: none"> → Estimule la confianza y seguridad en si mismo, en el arma y la causa por la que lucha. → Seguridad en los lideres y Compañeros. → Entrenamientos realistas → Focalización de energías |
| <p>SOBREVIVIENTES DE UN EVENTO TRAUMATICO</p> | <ul style="list-style-type: none"> → Shock. → incredulidad. → tristeza. → Llanto. → desesperanza. → Insomnio. → falta de apetito. | <ul style="list-style-type: none"> → Facilitar la catarsis a través del debriefing. → Reconstrucción por medio de la representación → Grafica de los hechos (dibujo). → Técnicas de relajación. → Talleres fortalecimiento de autoestima. → talleres proyecto de vida |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| SECUESTRADOS | <p>Después del cautiverio</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ansiedad por el reencuentro → Miedos y temores frente a lo que va ha encontrar. → Expectativa frente a sus reacciones y las de sus familiares → Preguntas → Necesidad de equilibrio y Estabilidad en su vida. | <ul style="list-style-type: none"> → Apoyo psicológico → Se le Informa sobre el apoyo psicológico brindado a la familia durante la ausencia. → Preparación sobre los posibles cambios que encontrara en el sistema familiar. → Normalización de las actitudes y respuestas emocionales de los familiares como de ellos mismos. → Preparación sobre Como manejar el rencuentro y las relaciones con los menores de edad. → Expresión de sentimientos y de temores posteriores al rencuentro → Sesión de Desahogo → Entorno tranquilo → Integridad del grupo → Alimento y descanso → Reunión con los familiares → reinserción y ajuste a su familia, la institución y la sociedad. → Apoyo espiritual → Atención medica |
| FAMILIAS DE SECUESTRADOS | <p>Durante el cautiverio:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Miedo, incertidumbre, no Tiene información en donde o quien lo secuestró. → Impotencia : No saben a donde ir, Que pueden hacer para que su ser querido regrese → Rabia : Hacia la Institución, Hacia Dios, se preguntan ¿porque Dios permite que esto pase? Culpa: Se siente mal porque tiene comodidades. → Apatía y aburrimiento La | <ul style="list-style-type: none"> → Mantener contacto con Las familias, dejarles saber sobre los seres queridos No Olvidados. → Establecer contacto Con otras instituciones buscar pruebas de supervivencia. → salarios → desprendibles pago. → Información sobre procedimientos y prestaciones. |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| | <p>energía se centra en recuperar el ser querido.</p> <p>→ Desconfianza tiene la sensación de estar vigilados, tienen miedo, se aíslan y no buscan ayuda.</p> | <p>→ Apoyo a las madres Cabeza de hogar</p> <p>→ Establecer un plan de Ayuda para después del cautiverio.</p> <p>→ Acompañamiento y Soporte emocional.</p> <p>→ fortalecimiento de las Redes apoyo institucional.</p> |
| ENFERMEDADES TERMINALES | <p>→ Dar la noticia de la enfermedad (decirle la verdad al paciente)</p> <p>→ Hablar sobre el diagnóstico de muerte.</p> <p>→ Sentimientos de angustia, ansiedad y miedo frente a la muerte.</p> <p>→ Incomodidad y dolor (físico y/o psicológico) tanto del paciente como de la familia.</p> <p>→ Aumenta el egocentrismo Del enfermo</p> <p>→ se dificulta la comunicación</p> <p>→ Aumentan las necesidades Psicológicas de seguridad, confianza, de pertenencia y su necesidad de sentirse amado.</p> <p>→ Aumentan sus necesidades espirituales</p> <p>→ Negación</p> <p>→ Dolor por la pérdida</p> <p>→ Preguntas (¿Por qué? y el ¿Para qué?</p> | <p>→ Reflexión sobre la vida y la Mejor forma de vivirla.</p> <p>→ Alentar al enfermo y a Su familia a descargar las angustias y acompañar el sufrimiento.</p> <p>→ Hacer claridad sobre Las ideas referentes a la muerte tanto al enfermo como a la familia.</p> <p>→ Elaboración del dolor y Del proceso de duelo.</p> <p>→ Facilitar la aceptación Y Despedida.</p> |

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

BIBLIOTECA CENTRAL DE
"TOMAS RUEDA VARGAS"



052290