

*Clinical cognitive-behavioral intervention proposal for people facing psychosocial problems**

Astrid Acevedo **
Charles Romel Yañez ***

* Trabajo producto del módulo de Intervención clínica a Problemas Psicosociales de la Especialización en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

** Psicóloga. Universidad Católica de Colombia. Especialista en Psicología Social y Violencia Política de la Universidad Rafael Landívar de Guatemala. Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano del Colegio Mayor de Cundinamarca. Especialista en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Magíster en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correspondencia: aacevedo@ucatolica.edu.co

*** Filósofo de la Universidad Santo Tomás. Psicólogo de la Universidad Católica de Colombia. Especialista en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Magíster en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correspondencia: eryanez@ucatolica.edu.co

*Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales**

Recibido: abril 17 de 2013
Revisado: abril 23 de 2013
Aprobado: mayo 28 de 2013

ABSTRACT

Proposal for a cognitive and behavioural clinical intervention in psychosocial problems. Any population of the world is exempted to have a psychosocial problem, the critical situation of the country in diverse aspects make imperative that the professional in different areas of the knowledge create tools to help in the transformation of the conflict and give a solution and an adequate attention to the Colombian's mental health. Among the most important social problems we can find the political violence that produces displacement, the kidnapping, and also our vulnerability to natural disasters. As a result we can see psychological problems such as crisis, anxiety, behavioural disorders as well as others that end up in psychopathologies that require a treatment of a clinical psychologist whose work consists on going deeper on the psychopathologies of the human beings and to handle the psychological problems generated by the social, economic, political and cultural conflicts. This kind of professionals require to have the tools and to perform the procedures based on practical and theorist, cognitive and behavioural elements that allow them to act on and prevent those problems. The proposal includes three levels: first, the crisis intervention generated by the facts impact, second, the grief management intervention, and third, the proposal of an intervention on the effects of a problem or situation. It is also proposed a group form which is more effective to apply the intervention on these problems.

Keywords: Psychosocial, intervention, cognitive - Behavioural, group form.

RESUMEN

Ninguna población del mundo está exenta de sufrir un problema psicosocial, la situación de crisis del país en todos los estamentos hace indispensable que los profesionales de todas las áreas elaboren las herramientas para poder ayudar en la transformación del conflicto y dar solución y atención a la salud mental de los colombianos. Entre los principales problemas psicosociales se encuentran la violencia política, el desplazamiento, el secuestro y otros, con sus consecuencias a nivel psicológico como crisis, ansiedad, alteraciones del comportamiento, entre otros, que pueden derivar en psicopatologías sobre las cuales se hace indispensable, por lo tanto, que el Psicólogo(a) Clínico(a) quien asume la tarea de profundizar en las psicopatologías del ser humano y quien va a tener que manejar los problemas psicológicos consecuencia de los conflictos sociales, económicos, políticos y culturales, tenga las herramientas y realice las intervenciones bajo los elementos teóricos - prácticos, cognitivo - conductuales que le permitan prevenir e intervenir estas problemáticas. La propuesta se da en tres niveles, el primero, la intervención de la crisis que genera el impacto del acontecimiento, la segunda, intervención para el manejo del duelo, y la tercera la propuesta de intervención en las secuelas de los acontecimientos. Se propone el formato de grupo por ser más efectivo al momento de la intervención de dichas problemáticas.

Palabras clave: Psicosocial, intervención, cognitivo - conductual, formato de grupo.

Introducción

En la actualidad, ninguna sociedad está exenta de tener que afrontar problemas psicosociales, entendiendo el término psicosocial como la interconexión entre los procesos psicológicos y sociales, y el hecho de que cada uno interactúa constantemente con el otro, influyéndose recíprocamente (Inter-Agency Standing Committee “IASC”, 2010). Para efectos de este trabajo, el término compuesto salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) será usado para describir cualquier tipo de apoyo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales.

Los problemas psicosociales y en especial la violencia política, el secuestro, el desplazamiento, entre otros, afectan en mayor o menor grado a la sociedad dependiendo del nivel de desarrollo que haya logrado alcanzar un país. Los Estados con niveles socioeconómicos altos, probablemente no se verán enfrentados a niveles de desnutrición en la población, pero deben enfrentar otro tipo de amenazas como masacres, y una constante zozobra por posibles atentados terroristas, que generan en la población altos niveles de estrés.

De acuerdo con autores como Chocron o Tiemens (citados por Huibers, Beurskens, Bleijenberg & Schayckn, 2008) muchos pacientes visitan a su médico general (MG) debido a problemas de origen psicosocial. La prevalencia informada de trastornos psicológicos o psicosociales (e.g. los trastornos como depresión, ansiedad, estrés, somatización, síntomas funcionales o idiopáticos en la atención primaria) oscilan entre el 30% y el 70%; muchos de estos trastornos son causados por una serie de problemáticas psicosociales como las que enfrenta Colombia desde hace por lo menos cincuenta años.

A la par con la violencia política, se ha desarrollado también una larga historia de problemas

psicosociales, a los que durante mucho tiempo no se les prestó la atención que requerían y que hoy en día han llegado a sus máximos niveles de desarrollo, como por ejemplo, las altas tasas de homicidio relacionados con violencia política, violencia doméstica, intolerancia, violencia sexual, tal como lo han demostrado las investigaciones realizadas por la personería del pueblo en el 2008 que plantean que por lo menos el 17% de las 2.100 mujeres entrevistadas por dicho organismo, admitieron situaciones de desplazamiento forzado como consecuencia de agresiones y violencia sexual. Los informes de riesgo del Sistema de Alertas Tempranas de la Defensoría también mostraron que la violencia y la explotación sexual se incrementaron un 69% en 2008 con relación al año anterior (Kerr, 2010).

Por su parte, problemas como el desplazamiento forzado con sus respectivas consecuencias como el aumento de la pobreza, implica que los afectados deben dejar todas sus pertenencias, sus tierras, produciéndose el desarraigo, la ubicación en zonas marginales de las grandes ciudades, lo que provoca la desintegración de la familia, dificultades económicas que obligan a los padres a dejar solo a sus hijos para ir en búsqueda de este recurso, todo esto con las respectivas consecuencias que esto trae a mediano y largo plazo. También el desplazamiento trae un aumento de los índices de deserción escolar, puesto que los menores al ser cambiados de contexto no logran adaptarse al ambiente de los colegios públicos en zonas urbanas, muchos de estos caracterizados por la hostilidad y el matoneo. Todas estas problemáticas han llamado la atención de los últimos gobiernos y de autoridades de orden internacional como las Naciones Unidas, que han puesto los ojos en Colombia con el fin de trabajar en la búsqueda de alternativas de solución a dichas problemáticas, siendo las principales el conflicto

armado, el desplazamiento y los efectos que esto trae en la población infantil.

Por eso es necesario poner en evidencia la importancia de reconocer una serie de condiciones, factores y circunstancias objetivas que requieren respuestas específicas por parte del Estado colombiano y la sociedad en general, así como la generación de mejores estrategias de afrontamiento y atención a la problemática. El mismo hecho de no comprender el trasfondo del problema, complejiza su elaboración y esto hace necesaria la intervención psicosocial en situaciones específicas como la escuela. (Cohen, 2006).

El anterior planteamiento es corroborado por Casas (2006) al considerar que la condición de desarrollo propia de los niños y adolescentes, puede generar un aumento de la vulnerabilidad. Según este autor, se ha pensado erróneamente que los niños y los adolescentes no sufren con la misma intensidad las consecuencias psicológicas de situaciones especialmente traumáticas, llegando a afirmarse inclusive que, dadas sus reacciones tan diferentes a las de los adultos tienen una cierta protección. Actualmente, esta creencia se ha desvirtuado claramente y los menores son considerados un grupo de alto riesgo en casos de desastres y emergencias. (Organización Panamericana de la Salud “OPS”, 2009).

De ahí la importancia de brindar una adecuada atención desde la psicología clínica a los problemas psicosociales, con miras a aliviar la situación y evitar la revictimización, como en los casos de familias que han perdido a sus seres queridos y además deben desplazarse para evitar mayores pérdidas. El objetivo de la atención psicológica debe ser facilitar el desarrollo de la población que ha sido víctima de cualquiera de los problemas enmarcados en el concepto de problemáticas psicosociales, y prevenir que se agrave

la situación de las poblaciones en estas condiciones. Sin lugar a dudas este enfoque necesariamente tiene implicaciones de orden clínico y comunitario. La intervención debe abordar aspectos psicológicos y sociales tanto a nivel individual como familiar y grupal. (OPS, 2009).

Dentro de los modelos más destacados en intervención sobre estas problemáticas se pueden encontrar: EL MODELO PRECEDE-PROCEDE, desarrollado por Lawrence Green y Marshall Kreuter en 1992 que consta de 9 fases: 5 fases Precede y 4 fases Procede. En las primeras cinco fases se realiza el diagnóstico social, epidemiológico, conductual, educativo y organizacional; en las últimas cuatro fases, se realiza el diagnóstico de políticas y recursos, las fases de diseño, implementación y análisis. El modelo de creencias en salud, de Becker (1974), basado en las teorías de expectativa-valor y el modelo de toma de decisiones de Tolman y Lewin. Dicho modelo tiene en cuenta las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción. (Blanco & Maya, 1997).

Como técnica para adelantar trabajos de intervención en problemas psicosociales se utiliza el aprendizaje experiencial, entendido como proceso a través del cual los individuos construyen conocimiento, adquieren destrezas, modifican sus valores, a partir de la experiencia directa planeada de manera intencional para generar reflexión a partir de determinadas actividades prácticas. (Dillon, Rickinson, Teamey, Morris, Young, Sanders & Benefield, 2006). Una de las ventajas de dicha metodología es el hecho de combinar actividades lúdicas, juegos y superación de obstáculos, de manera grupal, con la retroalimentación y la reflexión en torno a objetivos específicos. Dicha técnica tiene una ventaja: su carácter lúdico, que facilita la integración entre la población a la vez que favorece los

procesos de aprendizaje y cambio. Todas estas metodologías y modelos de atención se contemplan dentro del campo de la atención en salud mental a la comunidad; por ende los psicólogos debemos propender por garantizar a través de nuestra intervención la calidad de vida de la comunidad en general, pero en particular de la que es víctima de los problemas psicosociales.

La violencia política y otros problemas psicosociales causan traumatismos en la gestión pública, especialmente en lo referente a la salud. La salud pública puede ser entendida como todas aquellas actividades que desarrolla un Estado para mejorar la salud de la población (Blanco & Maya, 1997). De manera similar Frazer (citado por Blanco & Maya, 1997) plantea que la salud pública consiste en la aplicación de los conocimientos médicos y científicos para asegurar condiciones sanas de vida al individuo miembro de una comunidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (2002), la salud pública es la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y la longevidad.

En cuestiones de salud pública sin lugar a dudas le cabe una gran responsabilidad al Estado, que es quien debe velar por el bienestar general de sus ciudadanos, ya que como actividad estatal, el gobierno debe estructurar un sistema de servicios de salud que funcione, entendido este como el conjunto de actividades de salud, relacionadas entre sí, que se organizan para promover y fomentar unas condiciones favorables a la sociedad en general, teniendo dentro de sus objetivos evitar las enfermedades y las muertes prematuras (Saforcada, 1998).

En la actualidad colombiana se han dado avances desde el punto de vista legal, obligando al

Estado a prestar servicios adecuados en salud, tal como se evidencia en la Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud Mental, cuyo objeto es garantizar a la población colombiana el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, así como el goce efectivo de los derechos humanos de quienes padecen trastornos mentales, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud y la Atención Integral e Integrada en Salud Mental establecida por la presente ley, así como la inclusión de nuevas actividades, procedimientos e intervenciones de salud mental como parte del plan de beneficios contributivo, subsidiado y planes complementarios de salud.

Algunos problemas psicosociales en Colombia

Violencia Política

La violencia en general, es un problema serio de salud pública, por todas las consecuencias que lleva consigo; no puede ser definida desde el marco de una sola variable, pues es un fenómeno multidimensional y debe ser vista desde varios elementos que cruzan el campo de lo biológico, lo sociológico, lo económico, lo psicológico, lo ético, lo político y lo cultural. Por ende, la violencia se puede definir como un comportamiento que constituye un atropello a los derechos de otro ser humano y que podría atentar contra su integridad física, psicológica o moral. Puede ser ejercida por una persona, una institución, o una situación estructural. Se ha demostrado que la violencia no es un comportamiento innato, sino por el contrario es un comportamiento aprendido, de acuerdo con Pueyo y Redondo (2007). La violencia no es simplemente una conducta, ni una respuesta emocional, un síntoma psicopatológico, un instinto o un impulso irrefrenable, ni una respuesta simple y automática o irreflexiva;

la violencia se define como una estrategia psicológica para alcanzar un fin determinado; eso significa que la violencia requiere por parte del sujeto que la efectúa, la utilización de diferentes recursos y procesos que convertirán deliberadamente esta estrategia, en un comportamiento o serie de comportamientos dirigidos a lograr un objetivo.

La violencia, según Delgado (1992), se clasifica según el agente causante y el contexto. En el informe mundial sobre la violencia y la salud se dan tres grandes categorías: a) la violencia contra uno mismo, b) la violencia interpersonal, y c) la violencia colectiva. Cuando la violencia asume una dimensión política, se convierte en un problema de Estado y es este quien está en la obligación de atender y responder a las necesidades de la población que se ha convertido en víctima de dicha situación.

Dentro de las consecuencias más importantes que deja la violencia política, está la experiencia vivida como víctima directa e indirecta. Kilpatrick, et al. (citados por Echeburúa, Amor & De Corral, 2002), refieren que los delitos violentos, los sucesos negativos vividos de forma brusca, generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales; por ende toda acción de violencia tiene consecuencias tanto a nivel psicológico, como físico. Según Echeburúa, et al. (2002), el daño psicológico se refiere, en una parte, a las lesiones psicológicas agudas producidas por el impacto de un delito violento, que pueden disminuir por el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y por otro, a las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica como secuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana.

Desplazamiento

Es una consecuencia, directa o indirecta de la confrontación armada y de otras manifestaciones de violencia. Se expulsa mediante el terror, la masacre, el asesinato, el secuestro, la tortura, los ataques aéreos, el uso de armas de efectos discriminativos, el reclutamiento forzado, los atropellos y las amenazas contra la población civil. Se considera al desplazamiento como un acontecimiento estresor “traumático”, que pone a prueba la estabilidad personal y la solidez del núcleo familiar o social (Bello, Cardinal & Arias, 2002).

Son responsables del desplazamiento forzado, los gobiernos, pues manejan el enfrentamiento como salida a los conflictos, la falta de seguridad, entre otros; la guerrilla y sus organizaciones de milicias, a través de la utilización de métodos terroristas y degradantes de la dignidad y la libertad humanas; los grupos paramilitares o de autodefensa que mediante el terror y la muerte pretenden imponer nuevos escenarios políticos; el narcotráfico, la delincuencia común y todas aquellas personas que intentan resolver por la fuerza y la intimidación los conflictos; es así como en el Artículo 20 de la ley 387 de 1997, se contempla que, es desplazada toda persona que se ha visto forzada por diferentes razones a migrar dentro del territorio nacional o fuera de él, abandonando su localidad de residencia y sus actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, y corren peligro inminente, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden

público, como el tema de la explotación ilegal de la minería o el control de diversos recursos (Morales, 2009).

El conflicto interno colombiano es causante del desplazamiento. Según Carrillo (2009) ha provocado entre 650.000 y 4.360.000 de personas desplazadas, lo que convierte a Colombia en uno de los países del mundo con la mayor población de desplazados internos. De acuerdo con las estadísticas que brinda el Ministerio de la Protección Social (2010), se dice que hay 774.494 hogares (3.389.986 personas), que han sido expulsados de 1.115 municipios y corregimientos departamentales, como consecuencia de las circunstancias, lo cual quiere decir que el 7,3% de la población colombiana se ha reconocido como desplazada.

El desplazamiento deja secuelas a nivel psicológico en cada una de las víctimas. Posiblemente se vuelven deterministas en las relaciones interpersonales, genera estrés por la necesidad de superar todos los acontecimientos traumáticos, la adaptabilidad, la ansiedad por saber que va a pasar con él y su familia, la depresión y el desasosiego por la pérdida de sus bienes tanto culturales como materiales. En Colombia se ha podido evidenciar que la problemática de violencia que el país ha vivido históricamente, ha afectado a grandes y pequeños por igual, dejándolos marcados para el resto de sus vidas todo lo cual repercutirá a nivel de salud y bienestar mental. (Bello, Cardnal & Arias, 2002; Abello et al., 2009).

Secuestro

Es considerado generalmente como la limitación arbitraria, injustificada e ilegal de la libertad personal mediante acciones de retención, arrebato, ocultamiento y/o sustracción. Colombia ocupa el primer lugar en esta triste lista desde hace varios años, los secuestros

masivos y los secuestros de niños se han convertido en parte de esta forma cínica de financiar una guerra (Diazgranados, 2004).

Este fenómeno es definido por Navia (2008), como la pérdida del derecho fundamental a la libertad que trae consigo daños irreversibles en el ciclo vital de las personas que son víctimas, presentando alteraciones de tipo fisiológico y psicológico en cada una de las áreas de desempeño (personal, familiar, laboral, social) del ser humano. Para Salgado (2010), el trauma que trae consigo el secuestro se ve reflejado, además, a nivel físico, psicológico, económico, político y social.

Tanto las secuelas físicas, como psicológicas, se presentan debido a que este acto terrorista es un momento de sometimiento irracional que desemboca en eventos traumáticos que tienden a confundir a la víctima, generando incertidumbre, desesperanza ante la vida, conllevando a la desorganización y desequilibrio cognitivo-conductual, estos últimos no solo atañen a personas víctimas de terrorismo sino también a sus familias, manifestándose en síntomas de desesperanza, pasividad, depresión, sentimiento de indefensión, ansiedad, culpa, temor a otras catástrofes. Además, las víctimas presentan manifestaciones como preocupación, angustia, impotencia, tristeza, hipervigilancia, síntomas psicosomáticos, temor al contacto y aislamiento social. Todas estas reacciones deterioran las relaciones interpersonales y los vínculos afectivos, generando a los familiares sentimientos de soledad y frustración; y a nivel físico, pueden verse afectados con trastornos del sueño, la alimentación y cansancio físico; también llegando a la alteración de sus procesos cognitivos, evidenciados en trastornos de la atención, concentración y memoria (Fondelibertad, 2011; Muñoz & Navas, 2007; Salgado, 2010).

La Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (2006) plantea la existencia de distintos tipos de secuestro los cuales hacen referencia: a) Secuestro con fines extorsivos. b) Secuestro con fines políticos e ideológicos. c) Secuestro entre grupos delictivos o dentro de ellos. d) Secuestro vinculado a disputas familiares o domésticas. e) El secuestro en el curso de otras actividades delictivas tiene el propósito de obtener beneficios o determinados recursos materiales. f) Secuestro simulado o fraudulento, sucede cuando la “víctima” actúa solo o en compañía de otras personas para obtener beneficios materiales o de otro tipo.

Desastres naturales

Un desastre es entendido como un evento o conjunto de eventos, causados por la naturaleza (huracanes, terremotos, inundaciones, etc.) o por actividades humanas (incendios, accidentes de transporte, etc.), durante el cual hay pérdidas humanas y materiales, interrupción de procesos socioeconómicos, y daños en la salud mental; además este tipo de emergencias tiene la particularidad de sobrepasar la capacidad de respuesta local y obligar a quienes la enfrentan a pedir ayuda a entidades externas. Los desastres naturales se pueden dividir en tres fases, pre impacto, que enmarcaría los hechos que preceden el acontecimiento (alarmas, avisos); el impacto que hace referencia al hecho desastroso y la reacción común de la población que es de temor y búsqueda de ayuda; el post impacto en la que la población sufre efectos inmediatos como crisis, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Narváez, Trujillo & Vergara, s.f.).

Los eventos súbitos y extraordinarios, irrumpen con la cotidianidad de la vida de los individuos, afectando su estabilidad psicológica, social, económica, familiar, etc. Cuando se produce esa ruptura, las personas experimentan

reacciones psicológicas comunes como miedo, llanto, dolor, angustia y/o tristeza, además, se puede presentar alteración del sueño, irritabilidad, hostilidad en las relaciones con los otros y explosiones de rabia, dificultades en la concentración, hipervigilancia, desconfianza, sensación de inseguridad, respuestas exageradas a los estímulos del ambiente y en general varios que coinciden con los de los traumas. Slaikeu (1996) afirma que los síntomas posteriores a un desastre son concomitantes con la ansiedad y la depresión. Uno de los puntos más importantes en la situación de desastres son las crisis consideradas como una respuesta disruptiva de la homeostasis psicológica del individuo, en la que fallan los mecanismos de afrontamiento habituales tendientes a restaurar el equilibrio. Va acompañado de una serie de consecuencias conductuales, emocionales, cognitivas y somáticas para la persona. (Ferran, 2008).

Principales técnicas de intervención

Dentro de los tratamientos psicológicos, se encuentran los tratamientos basados en las técnicas cognitivo - conductuales. Dentro de las técnicas conductuales más utilizadas se encuentran, el entrenamiento en relajación, las técnicas de exposición, el entrenamiento en solución de problemas, las técnicas de afrontamiento, dentro de las técnicas cognitivas se encuentran: el procesamiento emocional, la reestructuración cognitiva, identificación y detención de pensamiento, entre otros (Botella, Baños & Perpiña, 2003). La mezcla de técnicas en los tratamientos cognitivo-conductuales, parece cumplir, en general, con la necesidad de contrarrestar cada una de las tres modalidades de respuesta, implementando técnicas conductuales para los canales conductual y fisiológico, utilizando la reestructuración cognoscitiva para abordar el canal cognoscitivo (Fresco & Heimberg, 2001; Overholser, 2002).

Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo- conductual

En el desarrollo histórico de la terapia conductual se hace referencia a tres etapas o generaciones (O' Donohue, 1998); la primera de estas basa su aplicación en el paradigma estímulo-respuesta y trata de dar cuenta de la solución de los problemas clínicamente relevantes basándose en los principios generales del aprendizaje para la modificación del comportamiento. (Kazdin, 1998; O' Donohue, 1998).

La segunda se inicia como un intento de superar la psicología del estímulo-respuesta y el nivel de análisis del aprendizaje predominante hasta entonces, conllevando a la mezcla de métodos conductuales y cognitivos, facilitando la presencia de varios modelos teóricos que incorporaron variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental que aprecian los conductistas (Trull & Phares, 2003). La terapia cognitivo conductual es contemplada en esta generación. La tercera se basa en las nuevas investigaciones del aprendizaje para entender y tratar los problemas clínicos como en el condicionamiento clásico, el modelo de los dos factores, la conducta gobernada por reglas, la equivalencia de estímulos, entre otras, dando surgimiento a las terapias de aceptación y compromiso y a la terapia analítica funcional (Kazdin, 1998; O' Donohue, 1998).

En la segunda generación se introdujeron conceptos mediacionales en las relaciones entre los estímulos y las respuestas, se propusieron variables intermedias y estructuras teóricas complejas para explicar la forma en que se relacionaban dichos estímulos y respuestas, estas basadas en los planteamientos de Tolman, Hull y Mowrer (Kazdin, 1998; O' Donohue, 1998). Hay que reconocer también la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta, pues muchos de los problemas que

requieren intervención terapéutica tienen ellos mismos un fundamento cognitivo.

Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual

Dadas las consecuencias que producen los problemas psicosociales a nivel psicológico se propone desde la psicología clínica, enmarcada en el modelo cognitivo-conductual para las personas que han vivido y experimentado estos problemas una intervención en tres momentos, que se sugiere aplicar en formato de grupo, pues, es muy importante en la reducción de la ansiedad y la cohesión de grupo. La alianza entre los participantes al compartir las experiencias, permite la normalización, el apoyo para el afrontamiento y la disminución de los niveles de ansiedad, mostrando mejores resultados (Méndez, Sánchez & Moreno, 2001; Van Ingen & Novicki, 2009).

El objetivo principal del programa es lograr la estabilidad y equilibrio psicológico, disminuir el impacto y las secuelas psicológicas, y prevenir el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad como el estrés postraumático, en las personas que han vivido una experiencia en alguna problemática psicosocial.

La propuesta se plantea en tres momentos, es decir tres programas que pretenden en un primer momento, la disminución del impacto y la crisis, en un segundo se sugiere el manejo del impacto y pérdida, y en uno tercero, a través del procesamiento emocional, prevenir el embotamiento emocional, para lograr la estructuración de pensamiento adecuado, la desactivación tanto fisiológica como cognitiva, y no permitir la evitación que sería la variable que posibilitaría el mantenimiento y desarrollo de algunos trastornos del comportamiento. El programa está dirigido para la atención de adultos hombres y

mujeres que hayan estado expuestas o hayan vivido algún problema psicosocial.

Primer momento

Aplicación de los primeros auxilios psicológicos. Los primeros auxilios psicológicos son un conjunto de estrategias puestas en marcha por parte de un profesional calificado, tras un suceso crítico, que va encaminado a prevenir o disminuir consecuencias negativas en cuanto a la salud mental de los afectados; se busca estabilizar emocionalmente a la persona afectada, proporcionando estrategias inmediatas para hacerle frente al suceso y facilitando una posible posterior intervención, e intentando minimizar la severidad y duración de la crisis emocional (Gómez-Mascaraque & Corral, 2009).

En este primer programa el objetivo es estabilizar a la persona afectada, reconocer los riesgos psicosociales, las interpretaciones cognitivas, las expectativas y las consecuencias. Se debe intervenir en toma de decisiones y solución de problemas, de acuerdo al caso. Se propone como procedimiento general, identificar siempre la persona afectada; brindar seguridad solicitando el nombre, ya que si se le llama por el nombre logrará obtener más atención y facilitará el contacto, así mismo la persona sentirá reconocimiento y seguridad. Hay que procurar un ambiente libre de riesgos que facilite la interacción entre la persona afectada y el profesional. Retirar a la persona del lugar afectado lo más que se pueda, pues el contexto puede afectar para que no se establezca la persona emocionalmente. Procurar que no haya más variables extrañas de las necesarias, para poder iniciar el diálogo. Alejar a la víctima de posibles agentes perturbadores como los medios de comunicación que pueden ocasionar la re-victimización; de personas violentas y focos de ruido que distraigan su atención.

Procedimiento específico. Se debe establecer el primer contacto, generando empatía, siempre dirigirse a la persona por su nombre; normalizar haciéndole entender que se comprende su situación, sus emociones y reacciones, realizar contacto ocular, tener en cuenta sus gestos, su postura (cuerpo y cabeza dirigida a la persona), utilizar un tono y volumen de voz adecuado, realizar preguntas de forma pausada y serena y utilizar siempre el parafraseo. Persuadir a la persona para que colabore insistiendo en que se entienda la situación, en caso de que se rehúse (hacerle ver la importancia de la intervención, no contradecir, utilizar el método socrático). Llevar a la persona a relatar el hecho de forma libre sin interrupciones, en forma detallada, utilizar el parafraseo; indagar sobre sentimientos y preocupaciones; preguntar de forma directa que siente y que es lo que más le preocupa, ser directivo, identificar los pensamientos que desestabilizan, evaluar las atribuciones que hace sobre el hecho, evaluar el tipo de pensamiento, hacer entender que los pensamientos están acordes con el momento. Informar que no es el mejor momento para tomar decisiones prontas, asistir y orientar de forma directa en la toma de decisiones, evaluar las posibles alternativas y el impacto de la solución.

Segundo momento

Intervención y manejo del duelo. El duelo implica que la persona tiene que romper poco a poco con los lazos afectivos que la unían a lo que ha perdido, y así reacomodarse hasta llegar a la aceptación. Este programa tiene como objetivo central, contribuir en la mejora de la calidad de vida de la población que enfrenta un problema psicosocial, a través del manejo adecuado del duelo que permita la aceptación de la pérdida o la situación difícil, aceptando y reconstruyendo su proyecto de vida. Así mismo propiciar el reconocimiento de emociones y

sentimientos, en cada uno de los participantes, con el fin de iniciar el proceso de elaboración de duelo; desarrollando una escucha activa que genere confianza y comprensión de los sentimientos y emociones que originan el estado de dolor producido por la situación y ayudar a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la situación difícil.

Este segundo momento consta de seis sesiones de dos horas aproximadamente; en la primera sesión, se pretende establecer el grupo y definir expectativas a su interior, establecer reglas básicas de funcionamiento, que proporcionan estructura, dan seguridad y ayudan al terapeuta en su tarea: (Puntualidad, no interrumpir a otros, no comparar el dolor, no dar consejos, no juzgar, respeto absoluto por las creencias y confidencialidad). Igualmente, permitir la vinculación dentro del grupo, fortaleciendo la alianza terapéutica. Para el logro de estos objetivos se hace recomendable comenzar la sesión inicial con alguna dinámica de presentación y la creación de un ambiente seguro para la expresión de sentimientos, emociones y experiencias.

En la siguiente sesión se pretende trabajar la negación y racionalización en el manejo del duelo, por ende se debe guiar al grupo para superar esta fase de negación del duelo, por ser irreal para desarrollar estrategias de racionalización para comprender que la pérdida es real. Se recomienda en esta fase realizar psico-educación; pues es importante realizarla con el fin de normalizar el proceso, en el que se indiquen las fases del duelo así como las diferentes emociones y sentimientos que se producen en cada una de estas.

Posterior al trabajo de esta temática se debe realizar el reconocimiento y expresión de las emociones, logrando que los participantes reconozcan las emociones relacionadas y hagan

un adecuado afrontamiento. En esta sesión se debe hacer una identificación de pensamientos, sentimientos y manifestaciones del duelo de cada uno de los participantes, a través, de la exposición de su propia experiencia.

La propuesta para una cuarta sesión sería el manejo de la culpa, identificando pensamientos automáticos, ideas irracionales y sus significados, detenerlos y sustituirlos por ideas racionales; para alcanzar estos objetivos se recomienda la utilización de técnicas de detención y sustitución de pensamientos. Posterior a estas actividades se debe realizar una quinta sesión en la que se maneje toda la reestructuración cognitiva, para potenciar los recursos de cada uno de los participantes con la finalidad de desarrollar y modificar el manejo de las emociones, pensamientos y conductas, intentando reducir la sensación de impotencia, negación, culpa, para finalmente aumentar el control sobre la situación. Para lograrlo se recomienda la utilización de cualquiera de las técnicas de reestructuración que permitan a la persona identificar esquemas inadecuados y modificarlos. Y para terminar este segundo momento se debe realizar una última sesión en la cual se realiza un proyecto de vida, a través de la modificación conductual y se realiza la terminación del proceso de duelo de los participantes.

Tercer momento

Programa de intervención para disminución de secuelas y prevención de los trastornos del comportamiento. Se sugiere la aplicación de actividades dentro de la metodología del aprendizaje experiencial, que le permita al participante ir desarrollando habilidades y estrategias para hacer frente de forma adecuada a las diferentes problemáticas que se presenten. Por ende, se sugieren actividades participativas, desarrolladas en ocho sesiones, todas deben incluir una tarea para la casa.

El objetivo general que dirige este tercer momento es lograr que los participantes identifiquen y expresen sus sentimientos, emociones y pensamientos, que fortalezcan la actitud de confianza, rompiendo esquemas negativos como *no sé, no puedo, no sirvo, no valgo* para fomentar esquemas positivos como *yo sé, yo sirvo, yo puedo, yo valgo*, así mismo que los participantes identifiquen sus miedos y sus respuestas, para prevenir el embotamiento emocional y la evitación, y en general se puedan prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta y permitir la reconstrucción del tejido social.

Este programa está conformado por ocho sesiones. Siempre se recomienda una sesión inicial para la cohesión y formación del grupo que permita establecer un contacto inicial con los participantes, lograr la cohesión y establecer empatía; crear reglas internas del grupo, y construir un espacio para generar confianza. Al momento de conformar el grupo se deben aclarar las expectativas, establecer reglas básicas de funcionamiento, entre otras la puntualidad, no interrumpir a otros, no comparar el dolor, no dar consejos, no juzgar, respeto absoluto por las creencias, y la confidencialidad.

Después de la sesión inicial se deben realizar por los menos dos sesiones que permitan la expresión de sentimientos y emociones, romper el silencio, abriendo el espacio para poder expresarse libremente, verbal, corporal y de forma gráfica; empezar a visualizar las experiencias negativas y modificar su valencia en el individuo y/o la comunidad, poder determinar cómo se ha podido no solo sobrevivir a todo lo malo que se ha vivido, sino transformarlo en algo positivo. Las actividades deben estar dirigidas a la identificación de pensamientos, emociones y sentimientos que genera la experiencia vivida y las manifestaciones de estos en la conducta.

Se recomienda que terminadas estas dos sesiones se realice un procesamiento emocional en dos sesiones, a través del reconocimiento de las bases históricas del conflicto o de la situación de la experiencia vivida, además se deben identificar los diferentes tipos de miedos y en general de las emociones y proponer alternativas para manejarlos de forma adecuada, socializando los miedos y temores, y reconociendo las consecuencias que estos pueden generar. Las actividades, en estas sesiones deben dirigirse a la identificación de la ansiedad condicionada versus el miedo como emoción adaptativa, permitiendo que los participantes identifiquen las respuestas propias de cada uno y le den un manejo adecuado a las diferentes respuestas, para prevenir la evitación y el embotamiento emocional.

Se recomienda una sexta sesión en la cual se debe realizar una desactivación fisiológica para lograr que los participantes tengan control sobre sus activaciones fisiológicas, a través de las técnicas de relajación y respiración; esto permitiría en dos sesiones posteriores realizar la reestructuración cognitiva que permitiría a los participantes la identificación de los pensamientos automáticos, ideas irracionales, distorsiones cognitivas para que puedan modificarlos, todo esto se consigue a través de la utilización de cualquiera de las técnicas de reestructuración.

Conclusiones

La situación de crisis que vive actualmente Colombia a todo nivel, hace indispensable que los profesionales de todas las áreas no solo de la salud, elaboren estrategias y utilicen herramientas adecuadas para ayudar en la transformación de la situación actual, compromiso asumido por las universidades, por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y por la sociedad

civil, es decir, por quienes están buscando esquemas e investigando sobre el problema, sus orígenes y posibles formas de intervenirlo.

Siendo la psicología el área del saber dirigida al estudio del comportamiento humano, es parte de su responsabilidad conocer la realidad que nos circunda y analizar los orígenes del comportamiento actual. Es indispensable, por lo tanto, que el psicólogo(a) clínico(a) quien asume la tarea de profundizar en las psicopatologías del ser humano y quien va a tener que manejar los problemas psicológicos consecuencia de los conflictos sociales, económicos, políticos y culturales, tenga las herramientas para profundizar en las problemáticas y los elementos teórico-prácticos que le permitan iniciar el abordaje adecuado en las comunidades o tener propuestas en las políticas sociales.

El psicólogo(a) clínico(a) no puede seguir asumiendo su rol desde un escritorio o consultorio,

no puede seguir desconociendo la crisis del país, ni criticar a los estamentos estatales sin tener acciones concretas de apoyo o manejo de la situación. Por estas razones surge la propuesta de intervención que pretende dar a los psicólogos una herramienta que les permita el abordaje e intervención de las problemáticas derivadas de la situación actual que vive el país, así mismo pretende que las personas que se han visto expuestas a dichas experiencias puedan acceder a un programa de intervención que les permita prevenir el desarrollo de problemas del comportamiento más severos.

El carácter grupal de la propuesta está orientado a la obtención de mayores resultados en menor tiempo y con una mejor utilización de los recursos, dado que la población que ha sido víctima es bastante amplia y los recursos económicos serían insuficientes si se pretendiera abordar el problema psicosocial del país, de manera individual.

Referencias

- Abello, R., Amaris, M., Blanco, A., Madariaga, C., Manrique, K., Martínez, M., Turizo, Y. & Díaz, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Revista Universitas Psychologica*, 8 (2), 455-470.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 324-508.
- Bello, M., Cardinal, E. & Arias, F. (Eds.). (2002). Efectos psicosociales del desplazamiento. *Revista de trabajo social*, 2. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32915/32956>
- Blanco, J. & Maya J. (1997). *Fundamentos de Salud Pública*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Botella, C., Baños R. & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento Psicológico del trastorno de ansiedad social*. (Pp. 87-118). España: Paidós.
- Casas, G. (2006). Curar a pesar de todo adolescentes de la calle (Trans.) (I. Baubet., K. Le Roch, D., Bitar & M. Rose). *Soigner malgré tout. Adolescents dans la rue: soigner comme meme*. Recuperado de http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/casas_curar.pdf
- Carrillo, A. (2009). Internal displacement in Colombia: humanitarian, economic and social consequences in urban settings and current challenges. *International Review of the Red Cross*, 91 (875), 266-282.
- Cohen, C. (2006). Atención a población en situación de desplazamiento y alternativas para la estabilización socioeconómica desde la generación de ingresos. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 89-112. Recuperado de http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/R7_Atencion_a_poblacion.pdf
- Delgado, M. (1992). *Violencia, ritual y división simbólica de los sexos en Almadén*. España: Universidad de Barcelona.
- Diazgranados, S. (2004). La vida relacional después de un trauma crónico: El caso de un grupo de soldados secuestrados tres años por las Farc. *Revista de Estudios Sociales*, (8), 131-140.
- Dillon, J., Rickinson, M., Teamey, K., Morris, M., Young Choi, M., Sanders, D. & Benefield, P. (2006). The value of outdoor learning: evidence from research in the UK and elsewhere. *School Science Review*, 87, 107-111.

- Echeburúa, E., Amor, P. & De Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Revista Acción Psicológica*, (2) 135 - 150.
- Ferran, L. G. (2008). *Asistencia psicológica a víctimas: psicología para bomberos y profesionales de la emergencia*. Madrid: Arán Ediciones.
- Fondo Nacional para la Defensa de la Libertad (Fondelibertad). (2011). *Quiénes somos*. Recuperado de http://www.fondelibertad.gov.co/web/quienes_somos.html
- Fresco, D. & Heimberg, R. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals*, 31, 489 – 497.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1992). Planned Approach to Community Health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education*, 23, 140-147.
- Gómez- Mascaraque, F. J. & Corral, T. E. (2009). *Técnico en emergencias sanitarias: apoyo psicológico en situaciones de emergencias*. Madrid: Arán Ediciones.
- Inter-Agency Standing Committee. (2010). Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud? Recuperado de http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf
- Huibers, M., Beurskens, A., Bleijenberg, G. & Schayckn, V. (2008). *Intervenciones sicosociales por parte de médicos generales*. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Kazdin, A. (1998). *Research Design in Clinical psychology*. México D. F.: Manual Moderno.
- Kerr, E. (2010). Desplazamiento forzado en Colombia: un crimen contra la humanidad. *Colombia*. Recuperado de http://www.pbi-colombia.org/fileadmin/user_files/projects/colombia/files/colompBIA/100107_boletin_PBI_desplazamiento_2010_WEB.pdf
- Méndez, F. J., Sánchez, J. & Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: un estudio Meta-Analítico. *Psicología Conductual*, 9 (1), 39-59.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Desplazamiento forzado en Colombia. Recuperado de http://www.dps.gov.co/documentos/CIDH_Desplazamiento_Forzado_en_Colombia_Marzo_2010_para_Canciller%C3%ADa1.pdf

- Morales, A. (2009). *Consecuencias psicosociales en los adolescentes en situación de desplazamiento*. (Tesis de postgrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá.
- Muñoz, J. & Navas, E. (2007). El daño psicológico de las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 147-160.
- Navia, C. (2008). Afrontamiento familiar en situaciones de secuestro extorsivo económico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (1), 59 - 72.
- Narváez, M., Trujillo, S. & Vergara, D. (s. f.). Aspectos psicológicos de la intervención ante los desastres naturales. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1290/1/Mar%C3%ADa%20Cecilia%20Narv%C3%A1ez%20Ortiz.pdf>
- O'Donohue, W. (1998). *Learning and Behavior Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2006). Manual de lucha contra el secuestro. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_crime/Publicacoes/Manual_antisequestro_ONU.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Guía práctica de salud mental en Situaciones de desastres. Recuperado de <http://helid.digicollection.org/pdf/s13489s/s13489s.pdf>.
- Pueyo, A. & Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Saforcada, E. (1998). *El factor humano en la salud pública, una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Salgado, J. (2010). Creencias y conductas irracionales, presentes en víctimas de secuestro y extorsión. *Revista criminalística*, 52(2), 33 - 54.
- Slaikeu, K, A. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México D. F.: Manual Moderno.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México D. F.: Thomson Editores.
- Van Ingen, D. & Novicki, D. (2009). An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. *International Journal or Group Psychotherapy*, 59(2), 243-251.