

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

2.3. Intervención en crisis

Profesora: © Karmele Salaberría Irizar



ÍNDICE

1. ¿Qué es una crisis?	4
2. Tipos de crisis	6
3. Consecuencias	7
4. Variables relevantes en su resolución	10
5. ¿Qué es la intervención en crisis?	11
5.1. Conceptualización	12
5.2. Primeros auxilios psicológicos, ayuda psicológica en catástrofes o desastres, intervención en emergencias	13
5.3. Intervención psicológica temprana	15
Bibliografía	20

Wainrib y Bloch (2001):

“La gente nos pregunta cómo podemos tolerar escuchar las dolorosas experiencias que comparten los clientes con nosotras. Creemos que si ellos han sido capaces de sobrevivir a dichas experiencias y han tenido el valor suficiente para contárnoslas, nosotras ciertamente deberíamos ser capaces de escucharlas. Sus experiencias han reforzado nuestra convicción personal acerca de la fortaleza del espíritu humano”.

1. ¿QUÉ ES UNA CRISIS?

La palabra crisis puede significar peligro pero también oportunidad de desarrollo y de cambio vital. Las crisis suponen sucesos inesperados, en ocasiones traumáticos, que exigen cambios en el modo de organizar el comportamiento y de responder a la vida cotidiana. Una situación crítica normalmente desborda y hace tambalear el comportamiento habitual de la persona. Una crisis bloquea y paraliza, altera el equilibrio personal. Depende del manejo adecuado o inadecuado que se realice de la misma para salir fortalecidos o no.

Una situación crítica supone:

- Ruptura de la continuidad del tiempo, un shock
- Reducción del campo vital, sólo se ve el problema, se percibe como negativo, amenazante, insuperable
- Incapacidad para remontar el problema, la persona se siente desbordada, las estrategias habituales no sirven para hacer frente a la situación
- Presencia de malestar subjetivo, altos niveles de activación y de malestar emocional
- Pérdida del significado del mundo personal, relacional y de las creencias básicas

Las crisis suponen desorganización de la conducta, del pensamiento y del afecto, confusión y preocupación.

Existen diversos conceptos relacionados (Fernández Millán, 2005):

Crisis: alude a lo que le está ocurriendo a una persona o a un grupo familiar.

Desastre y catástrofe: aluden a situaciones trágicas colectivas que competen a comunidades y grupos de la población con victimización masiva. Un desastre o catástrofe, es un suceso relativamente imprevisible que afecta a la comunidad poniendo en peligro vidas humanas, alterando el orden social y la conducta habitual de las personas (Jiménez Burillo, 1981).

La palabra catástrofe viene del griego "katastroph" y significa abatir o destruir, la palabra desastre viene del latín "astra" que significa hado o destino fatal. También

se habla de calamidad y siniestros. Estas palabras tienen en común una serie de características (Robles y Medina, 2002):

- Son acontecimientos trágicos, desgracias, pérdidas, amenazas
- Son relativamente imprevisibles
- Afectan a grupos o comunidades
- Producen graves consecuencias: pérdidas humanas, destrucción de bienes, desorganización social, frustración y sentimientos de impotencia personal.
- Causan sorpresa, indefensión y desestabilización

Tanto en las crisis como en los desastres se pueden dar las emergencias, riesgos para la vida de las personas.

Así, una crisis puede ser una oportunidad para elaborar, crecer y recuperarse; para empezar de nuevo, aprender nuevas habilidades, lograr un mayor conocimiento de uno mismo y saber apreciar la vulnerabilidad humana ante los peligros de la vida. A veces da lugar a recurrir a habilidades poco utilizadas y a pedir ayuda a los demás. Pero una crisis puede ser también un peligro que da lugar a vulnerabilidad, lucha, pasividad, huida, etc.

Si las crisis se viven como una oportunidad, existe posibilidad de recuperación y crecimiento, si la crisis se vive como un peligro se puede resolver de modo inadecuado por medio de la lucha, la pasividad, la huida o la ilusión.

- En la pasividad se le quita importancia a un problema o se niega su existencia, se permanece inactivo en lugar de buscar soluciones o se crítica a los que las proponen.
- En la lucha, se pelea contra una situación, que no se puede cambiar, de un modo desgastante en lugar de aceptar.
- En la huida se evita pensar, o la persona se implica en miles de actividades o consume sustancias.
- En la ilusión se espera un milagro, una persona se auto-engaña pensando en algo exterior que lo arreglará.

2. TIPOS DE CRISIS

Las situaciones críticas surgen a raíz de sucesos precipitantes que pueden ser de diverso tipo.

- **Crisis vitales o evolutivas (Ericson)**

Son normales en la vida, naturales y necesarias, suponen siempre estrés externo o interno, cambio vital. Para su afrontamiento es esencial la interpretación que la persona realiza del hecho, del suceso o de la nueva etapa. La vida es crecimiento y cambio continuo, supone un desarrollo por etapas con preocupaciones y actividades. Los sucesos que precipitan una crisis deben entenderse en el contexto de la historia personal. Las transiciones son límites entre periodos, las crisis son situaciones extremas. Es importante para afrontar las crisis vitales el papel de las expectativas y del tiempo.

- **Crisis accidentales**

Son causadas por sucesos precipitantes repentinos, inesperados que amenazan el bienestar físico y psicológico, muchas veces son urgencias que requieren acciones inmediatas. Suponen desafíos, amenazas y pérdidas de los recursos, de los objetivos vitales, de la autoestima y de las esperanzas en el futuro. Ejemplos de crisis accidentales son:

- Las enfermedades físicas y lesiones
- Las muertes repentinas, los abortos
- Los accidentes laborales y de tráfico
- Los desastres naturales
- Las guerras y migraciones
- El desempleo, el divorcio
- Las agresiones: atentados terroristas, el maltrato, la agresión sexual, etc.

En el caso de las agresiones, ser víctima de un suceso violento rompe la provisión de aportes básicos y deja a la persona sin los procedimientos de afrontamiento utilizados habitualmente. El daño intencional tiene un impacto psicológico mucho más significativo que los accidentes o las catástrofes.

- **Crisis existenciales**

Giran alrededor de los siguientes temas: el propósito de la vida, la responsabilidad, la independencia, la libertad, la autonomía, el compromiso con uno mismo y con los demás.

Además de los tipos de crisis mencionados hasta ahora, **la aparición de problemas psicológicos** también puede dar lugar a situaciones críticas. Así, la aparición de un brote psicótico debido al consumo de sustancias, de un ataque de pánico tras periodos de estrés, de un intento de suicidio o de una recaída en un proceso adictivo, pueden ser considerados, tanto para el paciente como muchas veces para su familia, como situaciones críticas que tambalean la vida llevada hasta ese momento.

3. CONSECUENCIAS

Las reacciones, ante los sucesos traumáticos y ante las crisis, son respuestas normales ante circunstancias anormales. Nadie sabe de antemano cómo va a reaccionar ante esas situaciones. En general tras un hecho traumático aparecen diversas fases: 1) desorden, confusión con fuertes reacciones emocionales; 2) negación, actuar como si nada hubiese ocurrido, ayuda a hacer frente al impacto; 3) intrusión, experimentación de emociones, pensamientos que nos invaden relacionados con el hecho; 4) traslaboración: expresión de lo sentido, pensado en el momento y 5) terminación: integración de la experiencia en la vida.

Las reacciones inmediatas de una persona en crisis se sitúan entre dos polos que requieren respuestas terapéuticas distintas (Lillibridge y Klukken, 1978):

DILATACIÓN-AGITACIÓN	CONSTRICCIÓN-INHIBICIÓN
Pensamiento desorganizado, caótico, confuso <u>Identificar el problema, ser concreto</u>	Preocupación, rumiación y obsesión <i>Sugerir alternativas, trabajar en la solución</i>
Emoción excesiva, sin control <i>Identificar sentimientos específicos y ayudar a pensar</i>	Contención de la emoción <u>Ayudar a expresar los sentimientos</u>

Conductas exageradas, inapropiadas	Paralización, inmovilización, retirada
<u>Resolución de problemas</u>	<u>Estimulación a la actividad y hacer cosas</u>

Las reacciones ante los sucesos críticos se manifiestan de diversos modos (Young, 2006):

1. Estado de shock y confusión, incredulidad, negación del suceso o de su impacto. Dificultad para asimilar lo sucedido, síntomas disociativos, embotamiento emocional, aturdimiento, extrañeza, despersonalización, sensación de estar como en un sueño.
2. Reacciones físicas: pérdida de apetito o comer en exceso; alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas, dormir en exceso, interrupciones del sueño), dolores, cansancio, mareos y desmayos, subidas o bajadas de tensión, problemas digestivos, hiperactivación fisiológica.
3. Reacciones motoras: falta de higiene personal, abandono en el vestir, descuido o exageración en el arreglo personal, no querer hacer nada o por el contrario actividad frenética, deterioro en las relaciones personales (agresividad, aislamiento y dependencia) y dificultades para hacer frente a la vida cotidiana. Consumo de alcohol y sustancias.
4. Reacciones cognitivas: exceso de preocupación, irritabilidad, desconfianza, falta de concentración, deseo de morir, sentimiento de fracaso, re-experimentación, revivir el suceso, crisis en las creencias y en la filosofía de vida (castigo de dios, destino fatal), abandono de la espiritualidad, dificultades para la toma de decisiones.
5. Reacciones emocionales: tristeza (por lo perdido), rabia, ira, impotencia, culpa (por no haber previsto la situación, porque podíamos haber hecho algo, porque los demás nos echan la culpa), vergüenza, miedo, embotamiento emocional, aturdimiento.

Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el suceso, las reacciones pueden ser (Robles y Medina, 2002):

a) reacciones inmediatas: cuando la amenaza real se está dando

Ansiedad, pánico, shock, estupor, ira desesperación, hipervigilancia, síntomas cardiovasculares, respiratorios, digestivos, temblores, micción, defecación, llanto, irritabilidad, aislamiento. Dependen de la percepción que la persona tenía del

mundo y de su capacidad para hacerle frente. Son reacciones emocionales bruscas, intensas, transitorias y que en general pasan, las personas se recuperan espontáneamente.

b) *reacciones de estrés agudo*: cuando se recuerda la situación traumática y tras las horas y durante las 4-6 semanas posteriores

Síntomas disociativos:

- aturdimiento, extrañeza respecto a la realidad, despersonalización y amnesia disociativa.
- Reexperimentación
- Evitación y pérdida de interés
- Síntomas intensos de ansiedad
- Malestar clínico que interfiere en la vida
- Embotamiento emocional y dificultades para recibir y expresar intimidad y ternura
- Ideas de culpa, vergüenza, indignidad

La persona se siente incapaz de enfrentarse a la vida, permanece aislada y no puede asimilar los recuerdos traumáticos. Los síntomas pueden ser agrupados en ansiedad, depresión, disociación, somatización y alteraciones de la conducta.

c) *reacciones psicológicas tras el mes*:

Trastorno de estrés postraumático

Conductas de ira

Abuso de sustancias

Depresión-Hipomanía

Problemas psicosomáticos

Cambio de la personalidad: desconfianza, aislamiento, desesperanza, embotamiento, hipervigilancia, suspicacia, hostilidad, vacío y desolación interior

Según Robles y Medina (2002) no todas las personas que han sufrido una catástrofe tienen las mismas reacciones psicológicas. Así, del 10 al 20% tienen reacciones adaptadas, se muestran responsables, calmados, y normalmente suelen estar formados e informados. Entre el 50 y el 60% se muestran inseguros e indecisos, pueden moverse hacia la adaptación o hacia lo inadaptado, son personas

sugestionables e influenciables. Es importante proporcionarles seguridad, alimentos, información, y tranquilizarles, ayudarles a liberar emociones y concienciarles para que se mantengan activos y ocupados. Entre un 20-25% tienen reacciones inadaptadas, que van desde la constricción, postración, apatía, inhibición, hasta la agitación, fuga y pánico. Es conveniente derivarlos a servicios especializados.

4. VARIABLES RELEVANTES EN SU RESOLUCIÓN

No todas las personas que sufren sucesos traumáticos desarrollan trastornos psicopatológicos y por tanto requieren de una terapia psicológica. Las características personales y las estrategias de afrontamiento, las redes de apoyo social naturales y las características del hecho modelan las consecuencias psicológicas que sufren las personas (Robles y Medina, 2002; Lazarus y Folkman, 1986).

A continuación se mencionan las variables que influyen en la resolución de una crisis:

- Las características del suceso: gravedad, imprevisibilidad, daño físico sufrido o riesgo percibido, intencionalidad.
- La evaluación cognitiva del suceso (intensidad, duración, significado del daño, sentimiento de pérdida o amenaza). Es importante analizar cómo ha resuelto una persona crisis anteriores y qué significado atribuye al suceso.
- Variables personales: problemas actuales (familiares, laborales), pasados (historia previa de sucesos traumáticos, antecedentes psicopatológicos), características de personalidad (neuroticismo, inestabilidad emocional, rigidez cognitiva), fase de desarrollo.
- Existencia de enfermedades físicas y crónicas
- Abuso de sustancias
- Apoyo social y familiar
- Evaluación de los propios recursos personales y de la percepción de control
- Presencia de síntomas disociativos
- Estilo de afrontamiento de sucesos de tipo negativo: anclaje en el pasado, buscar explicaciones sin respuesta, buscar culpables, negación cognitiva y emocional, negarse a hablar.

Resolver una crisis de modo adecuado vacuna para posteriores ocasiones y esto implica una serie de cuestiones:

- Elaborar el duelo: identificar, comprender y aceptar las reacciones como algo normal, natural y necesario para la recuperación y el crecimiento. Es importante tener la oportunidad de expresar pensamientos, sentimientos y emociones.
- Cuidar el aspecto físico: realizar ejercicio físico, cuidar la alimentación, aprender a relajarse, evitar el consumo de sustancias, gozar de las sensaciones (música, naturaleza, compañía, etc.), cuidar nuestra apariencia física.
- Cuidar nuestra psique: valorarnos más, pensar positivamente, ser más flexible, utilizar el humor, desarrollar habilidades (musicales, artísticas, manuales, etc.)
- Cuidar las relaciones con los demás
- Cuidar la dimensión espiritual

La resolución adecuada de una crisis supone crecimiento y desarrollo basados en el aprendizaje de nuevas estrategias para hacer frente a la realidad y de un autoconocimiento más profundo.

5. ¿QUÉ ES UNA INTERVENCIÓN EN CRISIS?

El término de intervención en crisis surge en EEUU en el año 1942 cuando Lindemann trabaja con los supervivientes de un incendio en el club Coconut, posteriormente Caplan en 1964 y Erikson en 1963 lo recuperan, y comienzan a surgir los servicios de prevención de suicidios, urgencias y teléfonos de 24 horas.

Una intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona, una familia o una comunidad a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar se aminore y la probabilidad de crecimiento aumente. La intervención tiene como objeto la resolución adaptativa de crisis accidentales (enfermedades, accidentes, sucesos traumáticos, catástrofes, etc.) o de crisis vitales y de los problemas de salud mental que se relacionan con ellos.

Hay que tener en cuenta que la intervención en crisis tiene lugar en un momento de desorganización grave. El enfoque de la intervención está puesto sobre las

potencialidades, sobre lo que los pacientes pueden aportar a la situación para recuperarse. Se trata de fortalecer a la persona, restaurar la esperanza y el crecimiento, reforzar la auto-imagen y la auto-confianza.

La intervención en crisis es un proceso para influir en el funcionamiento psicológico, durante un periodo de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto de sucesos traumáticos y estresantes, y con el propósito de reactivar las capacidades latentes y manifiestas, y los recursos sociales para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

Una modalidad específica de la intervención en crisis, es la intervención en desastres, catástrofes o emergencias colectivas.

5.1. Conceptualización de la intervención en crisis

La intervención en crisis es una modalidad de ayuda psicológica y existen diversos términos relacionados con el concepto de intervención en crisis (Shalov y Ursano, 2003; Muñoz, Ausín y Pérez-Santos, 2007):

Fases	Impacto-rescate Fase inmediata	Recuperación Fase aguda	Regreso a la vida Fase de secuelas
Momento	Inmediata-horas Primer mes INTERVENCIÓN EN CRISIS		Pasadas 4-6 semanas
Termino	Primeros auxilios psicológicos Ayuda psicológica en desastres Intervención en emergencias o urgencias	Intervención psicológica temprana	Intervención a largo plazo o Terapia de tratamiento psicológico
Profesionales implicados	Bomberos, policías, voluntarios, religiosos, médicos, psicólogos, etc	Psicólogos sanitarios Médicos atención primaria	Psicólogos clínicos Psiquiatras
Problemas psicológicos	Shock, agitación, confusión,	Trastorno de estrés agudo	Trastorno de estrés postraumático,

	embotamiento, disociación Agresividad	Reacciones de duelo	depresión, pánico, abuso de sustancias, cambios en la personalidad
Objetivos	Reducir el daño Estabilización emocional Conexión con redes de apoyo natural Seguridad Derivación Reanudar la vida cotidiana	Evaluación del daño Evaluación de factores de vulnerabilidad Hacer frente a los síntomas inmediatos Recuperar rutinas Expresión de sentimientos Derivación	Desaparición del trastorno Recuperación de la vida cotidiana Regulación de pensamientos, sentimientos y conductas
Necesidades	Aliviar el sufrimiento Necesidades básicas Acelerar el proceso de recuperación	Prevención de la aparición o cronificación de trastornos Actitudes de odio y venganza	Tratamiento de trastornos y dificultades de adaptación a la vida cotidiana Reestructurar la personalidad

5.2. Primeros auxilios psicológicos, ayuda psicológica en catástrofes, intervención en emergencias

Los primeros auxilios psicológicos se definen como un grupo de intervenciones psicológicas tempranas, breves y prácticas orientadas a paliar y prevenir los efectos psicológicos de los sucesos a corto, medio y largo plazo (Muñoz, Ausín y Pérez-Santos, 2007). Es una intervención en crisis inmediata o a las horas después de la ocurrencia del suceso. Puede ser individual, familiar o en grupo en el caso de catástrofes o desastres.

El objetivo es aliviar el sufrimiento, atender a las necesidades básicas, contribuir al restablecimiento físico, contactar con la red de apoyo y facilitar la vuelta a la vida cotidiana.

Los primeros auxilios psicológicos, se dan en situaciones de caos y desorganización muchas veces en el lugar donde ha ocurrido el suceso traumático. Por ello, el profesional debe mantener la calma y la seguridad para poder:

- Atender a las necesidades básicas: seguridad, comida y alojamiento, comunicación con la familia, amigos y comunidad, evaluar futuras amenazas.
- Proporcionar apoyo y aliento, consuelo.
- Dar psicoeducación
- Evaluar la necesidad de derivación por presencia de ideación suicida, síntomas psicóticos, reacciones de pánico, o agitación importante.

En España, Muñoz (2004, 2006) ha desarrollado un protocolo de primeros auxilios psicológicos denominado ACERCARSE:

A: ambiente: tener en cuenta el escenario de los hechos y conseguir privacidad.

C: contacto: realizar contacto con la persona, ayudarle a salir de la situación de shock, utilizar preguntas concretas.

E: evaluación del estado mental, del suceso, de la capacidad de procesamiento cognitivo, del estilo de afrontamiento, y de los recursos que posee la persona.

R: restablecimiento emocional ayudando a la expresión emocional por medio de la escritura del suceso o del relato del mismo. Reducir la activación fisiológica y establecer una red social de apoyo.

C: comprensión de la crisis por medio de la psicoeducación de las reacciones ante sucesos traumáticos.

A: activar la vuelta a la normalidad y recuperación de las rutinas

R: recuperación de funcionamiento cotidiano diseñando tareas próximas, reforzando el funcionamiento independiente, apoyando al paciente

SE: seguimiento

En el caso de la ayuda psicológica en situaciones de catástrofe la intervención psicológica puede darse en diferentes fases (Robles y Medina, 2002):

Fase de alarma: proporcionar información clara, concreta y precisa. Entrenar y preparar recursos comunitarios. Detectar situaciones previsibles de peligro, factores de protección y lo que debe o no debe hacerse.

Fase de amenaza: adopción de medidas de protección.

Fase de impacto: mantener la seguridad y la calma, proporcionar apoyo y consuelo, poner en marcha el salvamento y el rescate.

Fase de balance: reducir la confusión y restaurar la estructura social, organizar grupos, combatir pánicos colectivos y fugas.

Fase de rescate: rescate de vidas, proporcionar seguridad, alojamiento y reposo, mitigar el impacto emocional, fomentar capacidades de afrontamiento.

Fase de reparación y recuperación: reconstrucción física y reorganización social, apoyo psicológico.

En situaciones de catástrofe deben tenerse en cuenta las siguientes cuestiones:

- La población afectada su número y características.
- Quién proporciona la ayuda: cómo debe ser el equipo de intervención, y la coordinación con los equipos de salvamento.
- El lugar y el momento de la intervención
- Los objetivos de la intervención
- Los medios para realizar la intervención

En estas situaciones es importante también el apoyo psicológico a los familiares de afectados. Para poder atenderles se deben tener en cuenta diversos aspectos:

- a) la recepción y el cubrir las necesidades básicas: reposo, alimentación y seguridad
- b) cuidar el lugar de refugio, especialmente en ancianos por la desorientación y la confusión y en los niños por la necesidad de movimiento y actividad
- c) ayudar y facilitar la labor penosa del reconocimiento de cadáveres y la instalación de capillas ardientes

5.3. Intervención psicológica temprana, durante el primer mes (4-6 semanas)

La intervención psicológica temprana es próxima y simple, es una intervención a corto plazo y con tiempo limitado que tiene como objetivo restablecer el equilibrio psicológico. Es una intervención estructurada, para ordenar el mundo y tiene un enfoque educativo. El terapeuta es activo y directivo y trabaja junto al paciente. Se centra en el aquí y ahora y tiene un enfoque proactivo de solución de problemas, el paciente es parte activa de la terapia, lo que le ayuda a sentir control sobre la

propia vida. Tiene además una perspectiva ecológica al tener en cuenta la familia, el grupo, la comunidad, y los valores culturales, sociales y religiosos del paciente.

En la intervención psicológica temprana se dan los siguientes componentes:

- La expresión emocional: examinar las dimensiones del problema, identificar y expresar sentimientos, pensamientos y conductas, qué significa la crisis para la persona. Poner en palabras lo sucedido.
- El apoyo emocional: sosegar, tranquilizar, escuchar y ayudar a pensar y a entender lo que le ocurre. Proporcionar calor humano.
- La contención emocional y el fortalecimiento de la persona, valorizarla.
- La comprensión de las reacciones emocionales como normales ante situaciones anormales, psicoeducación.
- La reducción de la letalidad y contribuir a la supervivencia física, estar alerta frente a la ideación suicida o posibles agresiones a otros. Prever próximas horas y días. Garantizar la seguridad.
- La evaluación del estado psicológico y la definición de objetivos a futuro
- La exploración de soluciones. En similares circunstancias en el pasado o en situaciones difíciles qué se ha hecho anteriormente
- La potenciación de las estrategias naturales que promueven la vuelta a la vida cotidiana y prescribir pautas concretas
- El uso de estrategias terapéuticas que potencian las habilidades ordinarias del sujeto, la proyección al futuro y mantener las expectativas de recuperación y remisión.
- La facilitación del acceso a otros recursos de ayuda: la red social y familiar de apoyo, la red de servicios especializados.
- La citación frecuente a las sesiones y la realización de seguimientos del paciente.

En el caso de las víctimas de sucesos violentos los objetivos son:

Alivio de los síntomas (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, tristeza, hiperactivación, etc.)

Hacer frente al trauma (reexperimentación, evitación, reacciones de sobresalto)

Regular emociones

Recobrar la autoestima

Restaurar el sentido básico de seguridad y confianza en las personas

Facilitar la integración en el contexto comunitario

Componentes de la intervención en crisis (Slaikeu, 1988)

1. Hacer contacto psicológico, establecer la relación terapéutica

La primera cuestión es ver si el paciente está en condiciones de iniciar una evaluación o primero hay que sosegar y estabilizar. Es muy importante darse cuenta que cuando una persona está muy alterada no me puede escuchar, no puede pensar y las emociones le sobrepasan, por lo tanto debo tranquilizarla primero. No dar excesiva información porque no la va a poder procesar.

Ayudar a hablar, escuchar y mostrar comprensión y empatía, reflejar sentimientos y hechos, comunicar aceptación, resumir, proporcionar calma y control, ser un modelo sereno y sosegado. El objetivo es que el paciente se sienta escuchado, comprendido, aceptado y apoyado, para reducir la angustia emocional, para dispersar emociones intensas, y para aumentar las capacidades para resolver problemas. Requiere de tiempo y hay que ser flexible. Estimular la verbalización y si ésta produce mayor alteración distraer, hacer preguntas u observaciones irrelevantes. En ocasiones es útil usar el humor, y a veces hay que utilizar un volumen de voz más alto o incluso la restricción física.

El objetivo es crear un escenario de calma, confianza y protección, ayudar a normalizar la situación, crear un clima de esperanza y de sosiego para escuchar.

2. Examinar las dimensiones del problema

Examinar el suceso y sus características (quién, qué, dónde, porqué, cuándo y cómo sucedió) y evaluar cómo está la persona, sus conductas, las emociones, los síntomas físicos, los pensamientos, las relaciones y la afectación en la vida cotidiana.

Una guía de exploración psicopatológica (Robles y Medina, 2002) puede ser la siguiente:

Aspecto

Actitud ante la exploración

Respuestas motoras

Evaluar la mortalidad y el riesgo de suicidio, así como la probabilidad de cometer agresiones.

Respuestas cognitivas: nivel de conciencia, orientación temporo-espacial, atención y concentración, memoria, pensamiento y lenguaje, percepción, nivel intelectual

Respuestas psicofisiológicas: patrones de sueño, conducta alimentaria, problemas sexuales, activación autonómica.

Personalidad y relaciones interpersonales

Además es importante evaluar el funcionamiento previo al suceso, los dos últimos años y los recursos previos al suceso, cómo funcionaba la persona antes de la crisis. Así como el grado de capacidad para enfrentarse al daño y los recursos y el apoyo social (emocional, material e informativo) que pueda tener.

Es importante compartimentalizar la situación para ir paso a paso, todo a la vez es imposible. Preguntar para ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido. Utilizar preguntas abiertas-cerradas, repetir el mensaje con otras palabras, dar instrucciones claras de qué hacer y cómo hacer. Es importante desmenuzar el problema, hacerlo trocitos para que sea viable su abordaje. Hay que valorar las necesidades inmediatas y posteriores.

3.Examinar posibles soluciones

Preguntar por lo intentado, explorar lo que se puede hacer, proponer alternativas. El objetivo es identificar soluciones a necesidades. Supone establecer prioridades, abordar obstáculos. Reforzar las capacidades del paciente y aumentar su autoestima, alentar la independencia.

Explorar y evaluar intentos previos de afrontamiento en situaciones de crisis en las que la persona funcionó adecuadamente, es decir, identificar fortalezas y capacidades innatas. Activar a la persona para que vuelva a la vida cotidiana, estructurar el tiempo y los quehaceres y planificar actividades. Identificar redes de apoyo que puedan ser útiles y hacer frente a los síntomas.

Se trata de consolar y construir esperanza, alternativas a la situación.

4. Ayudar a tomar una decisión concreta

Involucrar al paciente lo máximo posible. Establecer objetivos a corto plazo, confrontar y ser directivo si es necesario. Es importante no intentar resolverlo todo, hay que ir paso a paso. Una vez tomadas decisiones concretas hay que ejecutarlas. Es importante evaluar si el paciente va a ser capaz de actuar en su beneficio en cuyo caso habrá que negociar y dar consejo, o por el contrario, la persona no es capaz de actuar en su beneficio, en este caso, el profesional deberá tomar una actitud directiva, dirigiendo y controlando el proceso.

5. Seguimiento

Establecer un contrato de seguimiento, para ver si se han cumplido los objetivos y cómo se están dando los pasos. El seguimiento puede darse por teléfono o cara a cara.

Técnicas de intervención en crisis

- Habilidades de comunicación y de ayuda
- Psicoeducación
- Relajación, respiración y visualización
- Cuidado de la alimentación, del sueño y realización de ejercicio físico
- Expresión emocional del suceso, debriefing psicológico (revisión del suceso) y defusing (descarga)
- Control de la ira
- Manejo de pensamientos: autoinstrucciones, distracción, parada de pensamiento, tiempo-basura, reestructuración cognitiva
- Planificación de actividades agradables
- Habilidades sociales

BIBLIOGRAFIA

Brooks, R. y Goldstein, S. (2004). **El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarias para vivir en paz.** Barcelona. Paidós.

Echeburua, E. (2004). **Superar un trauma.** Madrid. Síntesis.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). **Intervención en crisis.** Madrid. Síntesis.

Fernández Millán, J.M. (2005). **Apoyo psicológico en situaciones de emergencia.** Madrid. Pirámide.

Janin-Devillars, L. (2003). **Nunca es tarde para cambiar de vida.** Madrid. Témpora.

Kubler-Ross, E. (1998). **Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido.** Barcelona. Martínez Roca.

Perez Sales, P., Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, A. (2006). **Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora.** Bilbao. DDB.

Robles y Medina (2002). **Intervención psicológica en catástrofes.** Madrid. Síntesis.

Slaikeu, K.A. (1988). **Intervención en crisis.** México. Manual moderno.

Trujillo, M. (2002). **Psicología para después de una crisis.** Madrid. Aguilar.

Wainrib, B.R. y Bloch, E.L. (2001). **Intervención en crisis y respuesta al trauma.** Bilbao. DDB.

Monográfico: Psicología Conductual (diciembre de 2007): *Intervención en crisis, desastres y catástrofes*