

INTERVENCIÓN EN CRISIS: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS*

Crisis Intervention: Psychological First Aid

Sabina Deza Villanueva**

Resumen

Se presenta una revisión teórica del modelo de intervención en crisis, planteado por Slaikeu, reconociéndose los aportes de las diferentes escuelas psicológicas a la teoría y técnicas de intervención, las cuales se orientan al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional. Se considera que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. Se describen y analizan los siguientes puntos: conceptualización y características de la situación de crisis; primeros auxilios psicológicos en el momento de crisis; objetivos y principios de la atención en crisis; cinco componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos; qué SÍ hacer y qué NO hacer en la atención en crisis; y finalmente se sugieren recomendaciones básicas para la atención de personas en estado de crisis por pérdida o alto potencial autodestructivo.

Palabras clave: Modelo, intervención, crisis, primeros auxilios psicológicos.

Abstract

A theoretical review of crisis intervention model, proposed by Slaikeu, recognizing the contributions of the different psychological theory and techniques of intervention schools, which are geared to the maintenance of mental health and prevention of emotional disorganization is presented. It is considered that the crisis has the potential not only pathological but also an opportunity for growth and development. We describe and analyze the following: conceptualization and features of the crisis; psychological first aid in time of crisis; objectives and principles of care in crisis; five strategic components of psychological first aid; YES what to do and what NOT to do in the care crisis; and finally basic care for people in crisis for loss or high self-destructive potential recommendations are suggested.

Keywords: Model, intervention, crisis, psychological first aid.

* Material de apoyo del Taller de inducción para la atención psicológica de personas afectadas por desastres naturales en la provincia de Yauyos, Lima, Perú. Centro de la Mujer Peruana (CMP) Flora Tristán, 2007.

** Psicóloga. Profesora de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, UNIFE. sdeza20@yahoo.com

El modelo de intervención en crisis es planteado por Slatkoff (1998). Los aportes a la teoría de la Intervención en Crisis de la escuela psicoanalítica señalan que, los patrones de procesos psicológicos no son estáticos, sino que están en constante cambio desde que una persona nace hasta que muere. Estos procesos forman un continuo el cual puede ser comprendido más fácilmente si se hace un examen transversal en diversos puntos de éste.

De la escuela cognitivista se toman los conceptos del énfasis en las áreas fuertes y el potencial de crecimiento que tiene cada individuo.

Erick Erickson (2000) propuso el concepto de que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De manera que, a la vez que la crisis representa un riesgo, también implica una oportunidad.

Las técnicas de Intervención en Crisis, se orientan al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional. Lindemann y Caplan precisaron los aspectos más importantes de la Salud Mental: el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad. Así mismo, menciona que para evaluar dichos aspectos del Yo, es necesario basarse en las siguientes áreas:

1. La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
2. El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.
3. El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

Caplan (1964) propone que todos los elementos que componen la vida emocional de los seres humanos, pueden ser evaluados para efectos de prevención en Salud Mental. Estos puntos son las situaciones críticas que suceden durante la vida de una persona y que tienen el potencial de mejorarla o empeorarla. Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos o amenazantes, y es vivida como un estado doloroso y de intenso sufrimiento. Es por esto que tiende a movilizar reacciones muy poderosas para ayudar al sujeto a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio

o la situación que existía antes del inicio de la crisis. Si esto sucede, la crisis puede ser superada y además la persona aprende a emplear nuevas reacciones adaptativas que le pueden servir en el futuro.

Además, es posible que al resolver la crisis, la persona madure a etapas superiores y se sienta con un mejor estado mental y emocional que el que tenía antes de la crisis.

CRISIS EMOCIONALES

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obteniendo un resultado positivo o negativo.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en un momento vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo y ha implicado un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente. El problema rebasa sus capacidades de resolución y, por lo mismo, se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención por un profesional de la Salud Mental puede ofrecer una ayuda inmediata, iniciando un trabajo terapéutico de reajuste mental. Con el propósito de restablecer el equilibrio emocional, es necesaria una primera intervención, generalmente de una terapia breve cuyo principal objetivo es dar apoyo psicológico, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE CRISIS

Evento peligroso:

Acontecimiento estresante, interno o externo a nuestro mundo personal, que ocurre en el curso de la vida, que inicia una serie reacciones en cadena. Los

eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.

Estado vulnerable:

Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso, la persona responde según sea su percepción del evento.

Factor precipitante:

Eslabón entre los eventos causantes de la tensión y el estado vulnerable, convirtiéndolo en un estado peligroso lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente

Estado de crisis activo:

El individuo se encuentra en estado de desorganización, la tensión excitante lo ha invadido, su proceso homeostático se desequilibra; la duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar “visión en túnel”; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas, acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos. Posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

Agotamiento:

La persona pudo haber manejado efectivamente, y durante tiempo prolongado, la situación de emergencia pero llega a un punto de agotamiento en el cual no tiene más fuerza para afrontar la situación y sus mecanismos adaptativos “casi se desintegran”

Choque:

Un cambio repentino en el entorno de la persona provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. Como no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto, cae en estado de choque emocional.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Es la intervención psicológica en el momento de Crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad emocional y equilibrio personal.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual.
- Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
- Iniciar nuevas formas de Percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.
- Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

PRINCIPIOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Oportunidad:

Una ayuda terapéutica breve y de urgencia, con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (puede ser en servicios de emergencia o en teléfonos de ayuda). El énfasis en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas (autodestructivas) y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.

Metas:

Lo principal es ayudar a la persona a recuperar su nivel de funcionamiento emocional equilibrado, que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.

Valoración:

Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de las áreas personales (CASIC) implicados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (ruptura de la relación matrimonial) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (alguien, en un sistema red de amigos).

La meta de los Primeros Auxilios Psicológicos es restablecer la homeostasis emocional. El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

CINCO COMPONENTES ESTRATÉGICOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

1. Realizar contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros. Así mismo, se invita a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; el primero es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades; el primer contacto psicológico puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2. Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: a) presente b) pasado inmediato y c) futuro inmediato. El presente hace referencias a “qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer” (como la muerte de un ser querido, el despido, el maltrato doméstico, el abandono del cónyuge, el descubrimiento de una infidelidad, la discusión con un hijo adolescente, etcétera). El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: “quién, qué, dónde, cuándo, cómo”;

El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas.

3. Sondear posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o “acompañar” a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Iniciar pasos concretos: Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Verificar el progreso: Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

QUÉ SÍ HACER Y QUÉ NO HACER EN LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

1. Contactar

- SÍ Escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.
- SÍ Comunicar aceptación
- NO Contar tu “propia historia”
- NO Ignorar sentimientos o hechos
- NO Juzgar, regañar o tomar partido

2. Dimensionar el problema

- SÍ Plantear preguntas abiertas
- SÍ Llevar a la persona a una mayor claridad
- SÍ Evaluar la mortalidad
- NO Dependere de preguntas de si/no
- NO Permitir abstracciones continuas.

NO Soslayar las señales de “peligro”
 NO Dar la razón del “problema”

3. Posibles soluciones

SÍ Alentar la lluvia de ideas
 SÍ Trabajar de manera directa por bloques
 SÍ Establecer prioridades
 NO Permitir la visión de pasar por un túnel
 NO Dejar obstáculos sin examinar
 NO Permitir una mezcolanza de necesidades

4. Acción concreta

SÍ Dar un paso cada vez
 SÍ Establecer metas específicas de corto plazo
 SÍ Confrontar cuando sea necesario
 SÍ Ser directivo, sólo si debes serlo
 NO Intentar resolverlo todo ahora
 NO Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo
 NO Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario

5. Seguimiento

SI Hacer un convenio para recontactar
 SI Acordar un segundo encuentro
 SI Evaluar los pasos de acción
 NO Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo
 NO Dejar la evaluación a alguien más

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN ESTADO DE CRISIS POR PÉRDIDA O POTENCIALMENTE AUTODESTRUCTIVA

Enfóquese en el problema. Cuando se está desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso es incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

Valore las áreas más afectadas. El proceso de crisis comprende manifestaciones en la estructura CASIC

Identifique la pérdida. Los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, se debe entender cuál fue la pérdida y qué significado tiene para la persona; establecer lo que es bueno y malo (conveniente o inconveniente) de la situación.

No confrontar o interpretar. No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no dé explicaciones complejas ni obligue a la persona a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado.

Motivarlo para que sea más propositivo. Si el pensamiento de la persona es muy negativo o distorsionado, es necesario motivarle a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros.

Sujétese al deseo de vida. En toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle, que imagine qué la detendría a cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para un día siguiente.

No entre en debate, no discuta. No contestar preguntas tales como: “Deme usted una razón para vivir”, evitar comentarios idealistas.

Sugiera opciones posibles. Ayude al individuo a encontrar metas y objetivos realistas. Provea cierto sentido de logro control sobre la situación y de cómo va a reaccionar ante dicha situación.

No dé consejos directos. Nunca se dan consejos directos ni se arma sólo el rompecabezas. Guíe a la persona, busque posibilidades y dé opciones para su elección.

Sea paciente. Establezca confianza y movilice sus recursos. Tenga conocimiento de los lugares o profesionales a los que pueda referir a las personas.

Haga las 4 preguntas clave:

- ¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?
- ¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?
- ¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?
- ¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

Deje que el sujeto establezca el ritmo. No apresurar a la persona.

Hable de varios tópicos. En orden siempre en relación al problema.

No prometa lo que no es posible. Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza.

Use siempre un sentido de esperanza. Ejemplo “Que otras cosa hay para Ud.” o “Que otras posibilidades tiene.”

Mantenga la conversación. Enfocada en él o ella, evite las preguntas personales.

Al final pida los datos. Al inicio la persona puede no haber querido proporcionarlos y probablemente al final coopere y pueda darlos.

Establezca un compromiso de búsqueda de ayuda. Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada.

EL PERFIL O ESTRUCTURA CASIC

Conductual. Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

Afectiva. Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc.; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresa o se ocultan los sentimientos?

Somática. Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

Interpersonal. Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, pasivo); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

Cognoscitiva. Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incómodas recurrentes.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Capacidad del individuo para afrontar su propia existencia. Supone simplemente asumir la realidad vital y encararla con todas sus consecuencias.

Conciencia de llevar el “timón de vida” de su propia realidad y no de los acontecimientos.

La reflexión constante de deseos y anhelos que lleven por el rumbo hacia un destino deseado.

Saber por sí mismo qué es lo correcto y lo incorrecto en cada circunstancia.

Procurar establecer, concretar y controlar lo que se tiene que hacer y lo que se tiene que pensar.

Autonomía de ideas.

Capacidad para la vida afectiva y para el goce.

Construcción adecuada de la identidad personal.

Aptitudes y habilidades laborales y lúdicas.

Factores de riesgo

Limitación en el ejercicio de la libertad interna necesaria.

Priorizar necesidades innecesarias sobre las necesidades básicas.

Baja tolerancia a la frustración.

Autoestima dañada.

Construcción distorsionada de ideas.

Comunicación asertiva deficiente.

REFERENCIAS

- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Centro de Intervención en Crisis de Guadalajara (1997). *Manual de psicoterapia intensiva. El proceso terapéutico*. México.
- Duarte Sánchez, M. (1992). *Ayuda breve y de emergencia*. México: COVAC.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gómez del Campo, J. (1994). *Intervención en las crisis*. México: Editorial Plaza y Valdés.
- Gutiérrez Rodríguez, J. (1999). *Manual: Curso Taller "Intervención en Crisis". Una alternativa en el tratamiento de urgencias psicológicas*. Colegio de Profesionales de la Psicología del Estado de Jalisco, A.C.
- Slaikue, K. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.