

# SISMOS MÉXICO 2017

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE DESASTRE

Seminario virtual

CLASE NO. 4

16 de octubre de 2017

**4. La evaluación y la intervención.** CASIC, la intervención en crisis, los primeros auxilios psicológicos, la terapia breve, otras técnicas de intervención.

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN FASE DE EMERGENCIA

#### Psicoterapia Breve de Contención.

El objetivo de la contención es disminuir y suprimir tanto la ansiedad como los síntomas que se presentan en ésta fase que denominamos de emergencia. Trabajamos en el plano sintomático sin pretender ir más allá, es decir, intentamos restablecer el equilibrio que el paciente ha perdido a raíz del suceso traumático y evitar que pueda desarrollar una patología.

Estrategia de intervención:

- Catarsis.

Consiste en hacer hablar al sujeto afectado, que cuente lo que pasó con todos los detalles posibles, que reviva el suceso con el fin de evitar la negación y la represión y ayudarle a que exprese sus emociones. En definitiva tratamos de conseguir que la persona sea capaz de descargar afectivamente y dar salida así a todos sus sentimientos.

Antes de expresar esos sentimientos, hay que identificarlos. Muchas personas por ejemplo sienten agresión hacia algo o alguien y no pueden manifestarla, reprimen esa ira por el temor a lo que les puede pasar si lo hacen. Entonces, tenemos que ayudarle a reconocer la ira y a demostrarle que no es un sentimiento inaceptable, siempre y cuando la vía de expresión sea adecuada y no cause daño a ninguna persona ni a las propiedades de las mismas.

La catarsis puede tener componentes verbales (hablar, gritar) y no verbales (llorar, golpear una almohada) siendo ambos igualmente útiles.

- Contacto físico y Apoyo afectivo.

Contacto con la persona, a **nivel verbal**: a través de la escucha empática, atendiendo tanto al contenido como al sentimiento, ofreciendo intervenciones que hagan a la persona sentirse escuchada, comprendida, entendida y correspondida.

Y contacto a **nivel no verbal**: mostrando cercanía, contacto físico (abrazar, coger de la mano), cuidando el tono de voz, mostrándonos cálidos.

- Exploración de miedos y fantasías de futuro.

A través de la exploración del significado específico del suceso, estamos descubriendo también cuáles son los miedos, las ideas irracionales (“nunca más podré volver a trabajar después de esto”), las creencias religiosas (habitualmente se piensa que lo ocurrido ha sido un castigo de dios) del afectado y las fantasías que tiene con respecto a su futuro. Posteriormente hay que ayudar a esa persona a ser consciente de cómo todos ellos están interfiriendo en la comprensión y el significado real del acontecimiento, y como le están provocando un profundo malestar psíquico.

- Acción

Inducir al paciente a que realice algún tipo de tarea, sea cual sea, por ejemplo que ayude en el reparto de mantas para el resto de los afectados. Tratamos de que se sienta útil, de que se ocupe de cualquier cosa para evitar cavilaciones obsesivas del hecho ocurrido. Además mientras está en movimiento le estamos ayudando a descargar a través de la vía motora.

## **Psicoterapia Breve en Catástrofes.**

Recordaremos aquí algunas cuestiones teóricas expuestas en el punto 5 del seminario. Como ya dijimos, cualquier acontecimiento catastrófico vivido por una persona, debe entenderse en función de su propia historia personal y del significado que le otorgue al suceso traumático, ya que por ejemplo la muerte de un ser querido tendrá significados diferentes en personas distintas. Aquellas personas que tienen vidas, previas a la catástrofe, ajustadas y que psíquicamente mantienen un buen equilibrio, superan de mejor manera la experiencia que aquellas que tienen antecedentes traumáticos.

Al tratar con víctimas de experiencias catastróficas, hemos de conocer las diferentes fases de respuesta con la que nos podemos encontrar. Varios autores como Friedman y Linn (estudio con supervivientes de un desastre) o Hiberman (situaciones de violación) hablan del choque inicial, de una variedad de respuestas y distorsiones patológicas y de la fase de recuperación.

Factores Específicos para la Terapia:

- Catarsis.

Ya hemos descrito que consiste en la expresión de sentimientos, para evitar la negación y la represión.

- Significado Específico del Suceso.

Como ya comentamos en el punto 5.3, cuando una persona pasa por la experiencia de vivir un suceso catastrófico sufre un impacto traumático que provoca desorganización; pero el incidente actual (el evento) debe entenderse en términos de las distorsiones aperceptivas derivadas de todos los acontecimientos anteriores en la vida de esa persona, pues cualquier suceso de ésta índole tendrá significados diferentes para personas diferentes. Alguien que por ejemplo pierde su trabajo por incompetencia puede responder a la situación sintiéndose herido en su narcisismo, mientras que otro lo hará aprendiendo de la experiencia y solventando aquellos aspectos personales que le llevaron a tal situación. La pregunta clave será la siguiente: ¿qué factores de la historia de una persona causan que tenga una u otra percepción de la situación?

- Exploración de la culpa.

Es muy habitual encontrar en las víctimas, sentimientos de culpa, pensamientos del tipo “si yo hubiese hecho..... tal vez hubiese podido evitarlo”, que hacen que dicha persona no sea consciente de que aquella situación estaba fuera de su control.

Si no se ayuda al sujeto a superar la culpa paranoide es imposible la elaboración del duelo

- Secuela crónica.

Ya sabemos que cualquier hecho catastrófico puede ocasionar en algunas personas trastornos psicopatológicos crónicos, y muy especialmente si no se trabaja con la experiencia sufrida.

En los casos que estamos tratando, es importante ayudar a la víctima a tratar con esa dura experiencia, trabajando terapéuticamente para eliminar el riesgo de cronificación.

## **Psicoterapia Breve en Ataques de Pánico.**

El pánico puede aparecer en un sujeto de varias formas: endógena y exógena

El pánico endógeno aparece con un sentimiento de pavor que viene acompañado de manifestaciones somáticas (palpitaciones, respiración agitada....) y sin causa conocida para el sujeto que lo padece.

El pánico exógeno viene determinado por un suceso externo que lo provoca, como por ejemplo una violación.

Factores Específicos para la Terapia:

- Establecer la causa inconsciente del pánico endógeno.

Entre las diferentes causas podemos encontrar:

- Temor a perder el control de los impulsos.
- Ansiedad ante la separación.
- Consumo de drogas.
- Superyo severo.
- Masoquismo moral, significado negativo y prohibitivo que el sujeto da de forma inconsciente a sus logros personales en las diferentes áreas de su vida.
- Autoestima muy baja.
- Despersonalización
- Desrealización
- Acontecimientos traumáticos muy impactantes.

- Relacionar los factores precipitantes del pánico y los antecedentes.

Es necesario que el sujeto sea capaz de entender la continuidad existente entre el ataque de pánico, los factores que lo desencadenaron y la propia historia de su vida, ya que sólo así podrá mantener cierto control.

Cuando por ejemplo ocurre un atentado en alguna ciudad, muchas personas responden con pánico. Sabemos que en algunas de ellas ese pánico se desencadena porque existe identificación con los asesinos y lo que realmente temen es que se desaten sus propios impulsos agresivos.

- Explicación intelectual.

El hecho de que el paciente pueda lograr una explicación intelectual sobre la relación anterior le hace sentirse seguro.

- Pánico exógeno: significado inconsciente del suceso externo.

Como ya hemos explicado con anterioridad, es muy importante explorar y entender qué significado tiene el suceso externo para cada persona concreta y a partir de ahí trabajar con ese paciente.

- Transformar el pánico externo en egodistónico.

Hay que mostrar al paciente que no todas las personas que pasan por una situación como la suya, responden de la misma forma, y que el pánico que siente no está directamente relacionado con lo externo, es decir tratamos de que tome conciencia de sus propios aspectos subjetivos.

El objetivo que perseguimos aquí es que la persona se de cuenta de que el pánico que siente está relacionado con sus temores personales, con su propia historia, los conflictos psíquicos preexistentes y las distorsiones aperceptivas.

- Disponibilidad absoluta del terapeuta.

Hay que mostrar interés y preocupación por el paciente, y buscar estructuras de soporte para él: familiar o amigo por ejemplo, para que pase el menor tiempo posible sólo y no se incremente el pánico. Igualmente tenemos que aumentar sus señales de alarma, que sea capaz de anticipar y de evitar el ataque.

- Interpretar la negación.

- Técnica catártica.

Explicada en el punto 7.1.

## **INTERVENCION PSICOLOGICA EN FASE DE RECUPERACION**

### **La Terapia Breve Intensiva (T.B.I.).**

Esta modalidad terapéutica se encuadra dentro de la Terapia Breve.

La T.B.I. se orienta y selecciona aquellos síntomas principales y perturbadores así como sus causas, y después proporciona la conceptualización más clara posible de los mismos. Fortalece áreas del Yo y modifica defensas.

El número de sesiones oscila entre cinco y seis, y aunque tenga limitación temporal no quiere esto decir que su objetivo esté también limitado a la eliminación del síntoma. Aun en la terapia más breve, los pacientes alcanzan un nivel superior de resolución de problemas y adquieren cierta fuerza por haber sobrevivido a una situación específica y dolorosa.

## Características:

- 1 Arsenal Multidimensional:** se utilizan todos los recursos que puedan ser eficaces para un paciente. Hay mayor flexibilidad en el uso de instrumentos técnicos que en cualquier otra modalidad terapéutica, pues la técnica está al servicio del paciente.
- 2 Planificación Estratégica:** se elabora una estrategia general con objetivos escalonados, que es lo que se denomina Planificación del Proceso. En esa planificación, se desarrollan diversas fases y cada una de ellas comprenderá objetivos y subobjetivos, así como los instrumentos técnicos que se utilizarán para alcanzar cada uno de ellos y el tiempo que se dedicará para conseguirlos. Permite el control absoluto del proceso terapéutico, y el objetivo a conseguir es alcanzar los objetivos en el menor tiempo posible.

La planificación consta de cuatro etapas:

- **Etapas Logística**

Aproximación exploratoria al objeto de estudio, es decir el psicodiagnóstico. Consiste básicamente en la exploración a través de diferentes instrumentos como la historia clínico-dinámica, el uso de técnicas proyectivas, o la entrevista.

Tras la exploración hay que emitir un diagnóstico, formular una hipótesis dinámica del problema, abordar los puntos de urgencia y plantear los focos de trabajo.

- **Etapas Estratégica**

Diseño del plan de acción en base a los datos obtenidos en la etapa anterior, elaborando fases en las que encontraremos objetivos e indicadores. Los objetivos se marcan de forma escalonada, es decir, mediante subobjetivos y los indicadores son transformaciones operativas de éstos últimos. Cada fase se acompañará además del plazo de tiempo necesario para su consecución.

Fase 1----- Objetivo 1 (Subobjetivos) ----- Indicador 1. Plazo temporal

- **Etapas Táctica**

Es la articulación de los recursos terapéuticos disponibles para valorar los fines marcados y saber cómo conseguir los objetivos anteriores: vinculación, instrumentos técnicos, indicadores y foco.

- **Etapas Técnicas**

Es la planificación de cada una de las sesiones, qué se va a hacer y cómo. También hay que tener diseñadas respuestas alternativas por si algún instrumento falla y las condiciones en las que se aplicará.

**3 Focalización:** focalizar es orientar estratégicamente las sesiones. El terapeuta trabaja manteniendo siempre presente lo que se denomina un “foco” o eje central sobre el que se va a basar todo el tratamiento. Dicho foco está relacionado con la demanda del paciente y ayuda a fortalecer la alianza terapéutica.

El primer objetivo de la focalización consiste en dirigir la atención del paciente hacia la función y el significado de sus síntomas.

Para guiar al paciente hacia el foco se utilizan técnicas semidirectivas específicas:

- Eco. Repetir la última palabra o frase que dice el paciente para que éste desarrolle diferentes temas.

- Anclaje. Resaltar y señalar del discurso del paciente aquello que nos interesa.

- **Negligencia Selectiva**

No intervenir en aquellos temas que no nos interesan. Se utilizan aquí múltiples componentes no verbales.

- **Atención Selectiva**

Preguntar, intervenir sobre aquello que sí nos será útil en el proceso. Es una técnica más directiva pero que el paciente no lo va a vivir como tal. Se utiliza la interpretación, la pregunta, el señalamiento y sobre todo la comunicación no verbal.

**4 Actividad del terapeuta:** En la Terapia Breve Intensiva se requiere una mayor actividad por parte del profesional. El terapeuta debe ser esencialmente activo y estar presente. Veamos los rasgos generales que debe mostrar:

- **Contacto Empático**

El paciente tiene que sentirse escuchado y comprendido. La empatía del terapeuta se muestra a través de la escucha atenta, de la facilitación de la comunicación y de la muestra del contacto con las emociones que el sujeto está expresando.

- **Calidez**

Mediante sus gestos y su tono de voz, el profesional tiene que mostrarle al paciente que no le es indiferente.

- **Iniciativa**

Crear un clima de confianza para que el paciente se sienta cómodo y exprese todo lo que quiera con total libertad.

- **Rol Activo**

El paciente a través de la actividad ve a un terapeuta real que estimula tanto su trabajo como sus capacidades, y para ello interroga, orienta y no queda demasiado tiempo silencioso.

- **Actitud Docente**

Movilizando recursos didácticos que permitan el aprendizaje, moviliza recursos, motiva para la tarea, clarifica objetivos y refuerza los pequeños avances.

## **La Intervención en Crisis de Primer Orden.**

Ya definimos el concepto de crisis y sus características, ahora veremos cuáles son los **aspectos técnicos** de la intervención en crisis:

- **Carácter directivo.**

El terapeuta siempre tiene que tener el control para dar seguridad al paciente y así descargarlo de responsabilidad.

- **Movilización masiva de recursos.**



Se deben poner en funcionamiento todos aquellos recursos con los que cuente la comunidad para ayudar al paciente a superar la crisis.

- **Establecer y facilitar la comunicación.**

Hay que utilizar un lenguaje claro, comprensible y directo, evitar los tecnicismos y no hacer sentir al sujeto como enfermo sino como afectado. Ayudar a la persona a que perciba adecuadamente la situación y sea capaz de tomar decisiones: qué ha pasado, cómo le ha afectado y qué se plantea para el futuro.

En la intervención en crisis encontramos dos modalidades: Intervención de Primer Orden e Intervención de Segundo Orden.

La primera es una intervención muy breve, minutos u horas.

La segunda, es un proceso terapéutico de duración limitada.

### **Intervención en crisis de primer orden**

La intervención se realiza in situ, en el mismo lugar dónde ha sucedido el acontecimiento traumático (desastre natural, emergencia, atentado....), y es muy breve ya que dura alrededor de una hora.

Este tipo de intervención puede ofrecerla cualquier persona que sea instruida para ello y que sea de las primeras en llegar al lugar: policía, bomberos, médicos, enfermeras, etc.

Los objetivos de ésta modalidad técnica son:

- Proporcionar apoyo.

Hacer sentir al sujeto afectado que no está solo, permitirle hablar de la experiencia que ha sufrido, animarle para que exprese sus temores y sus sentimientos y sobre todo crear un clima de calma y seguridad.

- Reducir el riesgo de muerte.

Habitualmente se producen en situaciones de crisis agresiones físicas, y por lo tanto el terapeuta debe ser capaz de evitarlas, reducirlas si se producen y tener el control de la situación. Se puede invitar al sujeto a realizar cualquier tarea para que descargue su agresión, buscar ayuda médica si se necesita administrarle algún fármaco, acompañar al sujeto al hospital, etc.

- Vincular recursos de ayuda.

Poner al sujeto afectado en contacto con los recursos que ofrece su comunidad para que así puedan ayudarle a resolver su situación (atención terapéutica, ayuda para resolver temas administrativos, etc.).

Pautas de acción:

- Establecer contacto psicológico o empático, es decir, que el sujeto se sienta escuchado, comprendido y entendido.
- Examinar las dimensiones del problema en el paciente, teniendo en cuenta el pasado inmediato, el presente y el futuro. Para poder volver a la situación de equilibrio, es necesario también explorar los aspectos adaptativos del sujeto, sus recursos, las personas a las que puede acudir...
- Explorar las posibles soluciones a las necesidades inmediatas y posteriores. Analizar aquello que el paciente intentó hacer para buscar una posible solución y posteriormente proponer otras vías más eficaces. Se ayuda a la persona a pensar a través del señalamiento, esclarecimiento y la reformulación.
- Ayudar en la toma de decisiones al sujeto para que actúe, que realice tareas concretas y comience el camino de la salida de la crisis.
- Hacer un seguimiento para ver si se han cumplido los objetivos.

### **Intervención en crisis de segundo orden**

Es posterior a la de primer orden. Sería la verdadera Terapia de Crisis, pues como decíamos es un proceso terapéutico cuyo objetivo es realizar un tratamiento que ayude al sujeto a fortalecer sus recursos y le permita superar la crisis.

Esta intervención se realiza en consulta, con una o dos sesiones por semana y con un encuadre prefijado.

## **Terapia de Crisis**

El objetivo en la Terapia de Crisis es hacer que el sujeto afectado supere la crisis, que sea capaz de integrar el acontecimiento dentro de su historia personal y que continúe viviendo de forma adaptativa.

Estrategia de intervención:

- **Supervivencia Física.**

Fundamentalmente nos ocuparemos de que el sujeto permanezca con vida y mantenga su salud física.

Hay que valorar la posibilidad de que se produzcan conductas suicidas y/o autolesivas para abordarlas de inmediato y prevenirlas. Recordemos que el suicidio es una de las soluciones que una persona en un estado tan desequilibrante como una crisis puede llegar a adoptar.

El siguiente paso, es hacer que el paciente vuelva a ordenar su vida en cuanto a hábitos de comida, ejercicio y patrones de sueño se refiere. Y explicarle que la mayoría de las personas que pasan por una experiencia así sufren algún tipo de alteración en su rutina diaria, durante algunos días e incluso semanas, y que poco a poco van remitiendo. De éste modo conseguimos que disminuya la preocupación por los síntomas.

#### - **Expresión de Sentimientos.**

Ayudar al paciente a que identifique y exprese de forma adecuada, tanto verbal (llantos, gritos) como no verbalmente (golpe en una pared) todos aquellos sentimientos relacionados con la crisis. Que conozca el significado real de dichos sentimientos y los relacione con sus experiencias pasadas, sus expectativas actuales y las futuras.

Para favorecer la identificación, el terapeuta utilizará la escucha activa (qué sucedió y cómo se siente) y adoptará el rol que describimos en el punto 6.1., y posteriormente ayudará al sujeto a expresar todos aquellos sentimientos que han aparecido.

#### - **Dominio Cognoscitivo**

Que el paciente consiga el dominio cognoscitivo del suceso le llevará a comprender por qué aparece la crisis y qué puede hacer para resolverla.

En la adquisición de éste dominio es necesario:

1. Obtener una comprensión del suceso basada en la realidad. Repasar la historia del acontecimiento, qué pasó antes, durante y después, quién o quienes estaban allí, y en definitiva cualquier detalle de aquel momento, con el propósito de evitar distorsiones y posteriormente interpretar el significado que tiene para el paciente la experiencia sufrida.
2. Obtener una comprensión de la relación que existe entre el suceso y las creencias, expectativas, imágenes y sueños del paciente. El terapeuta atiende al significado que el suceso tiene para el sujeto y señala cualquier error o distorsión, idea falsa o creencia irracional.

3. Reconstruir conocimientos, imágenes y sueños que se han alterado o destruido por la crisis y lograr la adaptación.

- Adaptación futura.

El último paso de la Intervención en Terapia de Crisis es el cambio, tanto conductual como interpersonal. El terapeuta revisa con el paciente los cambios que pueden darse en cada una de las áreas de su vida (trabajo, relaciones, familia, ocio), y le ayuda a poner en marcha los nuevos recursos y habilidades aprendidas.

### **Grupos Elaborativos de Simbolización**

Este concepto fue desarrollado por Carlos Schenquerman, basándose en la teoría y técnica de los Grupos Operativos de Pichon Rivière aunque no se sustenta en la teoría de los roles sino en su concepción del aparato psíquico

Se basa en que la técnica de la abreacción, concebida como una descarga emocional por medio de la cual el sujeto se libera de un afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático. Para ello es necesario que el sujeto ponga en palabras los sentimientos que no puede integrar, la base es que el lenguaje pertenece al proceso secundario, y la única forma de ligar estas excitaciones es por la función simbólica del lenguaje. Lo que hoy en día algunos llaman técnica de ventilación emocional

También se va a trabajar una problemática grupal por *consonancia*; no se trata de generar un mejor funcionamiento de un ilusorio aparato psíquico grupal sino que se va a eludir a la emergencia de problemáticas comunes (es decir, a partir de situaciones comunes se ponen en juego fantasmas individuales con carácter universal).

Ellos se basan en una extensión de algunas formulaciones klenianas y se proponen abrir la proyección de ansiedades básicas, paranoides sobre el observador que actúa de pantalla neutra.

Pero en este caso el coordinador y el observador se presentan con la idea de no introducir más elementos que aumenten el monto traumático, que ya de por sí es aumentado con la abstinencia y el encuadre.

Tras las presentaciones de todos los componentes del grupo; la coordinadora dice: "estamos aquí para hablar de cómo se sienten ahora, como se sintieron

en el momento de ... y como se imaginan que va a ser la vida a partir de ...". La consigna alude a una secuencia temporal pero de una temporalidad muy particular: no se empieza por el pasado sino por la posición actual para que ello permita una resignificación del pasado y en ese movimiento se abra una perspectiva futura. De todas formas cada sujeto empezara por donde pueda pero el objeto es posibilitar la recuperación de las representaciones traumáticas que han quedado desligadas.

A continuación se establecen las pautas de un contrato donde se especifica cuando, donde van a ser las sesiones y cuánto tiempo duran. Es importante precisar las horas de comienzo y de finalización de las sesiones para evitar que haya un a desorganización por falta de limite claro de contención (el efecto del hacinamiento y las malas propuestas organizativas empeoran las consecuencias de las cadenas traumáticas).

Los sujetos se presentan, diciendo sus nombres, en las presentaciones se va a estar muy atento a los signos que muestran, para poder después trabajarlos.

En la segunda sesión se trabaja un movimiento reparatorio; se plantean recuperar algo a partir de lo conservado o de lo nuevo que han recibido lo cual significa la posibilidad de sustituir simbólicamente los objetos perdidos.

Se pretende pasar del duelo melancólico paralizante (que fija al sujeto en el pasado) a un duelo que sustentado en el reconocimiento del dolor, producto de la perdida, esto permite al aparato resignificarlo y retejer nuevos lazos libidinales.

#### **Bibliografía.**

Edupsi. Programa de Seminarios Por Internet. Seminario Intervención psicológica en emergencias y desastres, [www.edupsi.com/emergencias](http://www.edupsi.com/emergencias) Javier Rodríguez Escobar; Dioni Cubano Herrera. Unidad Isis. Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla. (2003)