

Intervención en Crisis

Sylvia Raffo L.

Un número importante de consultantes en Atención Primaria presenta algún tipo de trastorno mental. En el último estudio de la O.M.S. en centros de salud de 15 países del mundo, los trastornos de mayor prevalencia encontrados fueron: depresión (10.4%), trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y dependencia a alcohol (2.7%).

En Chile los estudios muestran una prevalencia de alrededor de un 50% de algún tipo de trastorno mental en los consultantes de Atención Primaria. De estos, uno de cada dos pacientes sufre un trastorno clínicamente significativo pero solo una minoría (5 a 10%) plantea este tipo de problema como motivo principal de consulta.

Los estudios realizados muestran además, una relación entre trastornos psicológicos y factores sociodemográficos, reflejada en tasas de prevalencia generalmente más altas en las mujeres y entre las personas de nivel socioeconómico bajo (menor escolaridad, bajos ingresos, cesantía o subempleo y /o ocupaciones de menor prestigio social)

Además de los trastornos mentales más o menos severos (depresión, trastornos de ansiedad y dependencias a alcohol y otras drogas) muchos consultantes de Atención Primaria presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta. Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también por situaciones de vida incluyendo el hecho mismo de estar enfermo y de ser internado en un hospital. A esto se le considera una crisis situacional, y su característica esencial es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados: enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, cambios, conflictos familiares, laborales o económicos.

Crisis situacionales

Históricamente la teoría de crisis data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. En sus estudios de casos clínicos Freud mostró cómo el origen de síntomas físicos podía ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad.

Después de Freud, Eric Erickson describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del

ciclo vital. Thomas Holmes al cuantificar los cambios vitales en una escala de ajuste social demostró que aquellos individuos que experimentan más cambios vitales en un período dado corren más riesgo de enfermar.

Sin embargo, la formulación de la teoría de las crisis en forma más específica pertenece a Eric Lindemann (1944) (citado en Caplan, 1964). Lindemann estudió la reacción normal del duelo y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas maladaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicósomáticos.

Caplan definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

Concepto de crisis situacional

Estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos psíquicos habituales de la persona para enfrentar problemas.

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales.

Las crisis se resuelven generalmente en forma positiva o negativa en un periodo de 4 a 6 semanas.

Factores que inciden sobre el éxito o fracaso de la resolución de una crisis.

- Comprensión cognitivo emocional de la situación (percepción del problema)
- Fortaleza del Yo.
- Mecanismos de enfrentamiento concientes e inconscientes.
- Red de apoyo familiar y social.

Según Caplan (1964) el estado de fortaleza del Yo se mide a través de:

1. La capacidad de la persona de resistir el estrés.
2. El grado de realidad al enfrentar y resolver problemas.
3. El repertorio de mecanismos efectivos de superación de problemas que la persona puede utilizar para mantener el equilibrio en su campo psicobiosocial.

Factores que inciden en la aparición de una crisis

Trastornos mentales y enfermedades físicas

La comorbilidad o coexistencia de una enfermedad física y una psicológica es un fenómeno de alta frecuencia. Una revisión de 10 estudios en el tema indica que los trastornos mentales son entre 1.5 y 3 veces más probables cuando una enfermedad física está presente, independientemente del sexo de las personas.

Otros estudios muestran una estrecha asociación entre enfermedades crónicas y trastornos psicológicos. Goldberg y Huxley (1992) postulan diversos mecanismos para explicar la relación entre una enfermedad física y un trastorno psicológico:

1. Un paciente puede sufrir un trastorno mental debido a la naturaleza o gravedad de la enfermedad física. Ej: depresión a consecuencia de un tumor maligno.
2. Los síntomas psicológicos pueden estar directamente relacionados con una enfermedad. Ej: fatiga y somnolencia en un caso de hipotiroidismo.
3. Un trastorno psicológico puede ser causado por el tratamiento de una enfermedad física. Ej: quimioterapia en pacientes con cáncer.
4. La presencia de una enfermedad física, especialmente una enfermedad crónica, puede estar asociada con otras complicaciones en la esfera familiar, laboral y social del paciente Ej.: discapacidad, empobrecimiento, aislamiento social.
5. Esta asociación puede darse también en dirección contraria, es decir, que un trastorno mental sea seguido de una enfermedad física. Ej: mayor riesgo de sufrir cáncer en sujetos con depresión.

Impacto psicológico de la enfermedad y hospitalización en el paciente y familia

Cuando una persona se hospitaliza deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y debe asumir el rol de paciente. El rol de enfermo se caracteriza por la pasividad de acuerdo al consenso social y a las expectativas de quienes lo atienden. Se supone que “el paciente” deberá aceptar sin quejarse cualquier intervención: la invasión de su cuerpo y vida privada,

exámenes tensionantes y técnicas dolorosas. Debe además renunciar a sus preferencias y cambiar sus hábitos de aseo, comida y sueño.

El estar hospitalizado significa:

- Alteración brusca del ritmo de vida.
- Separación de la familia y el trabajo.
- Enfrentamiento a un lugar extraño, a personas extrañas.
- Vivir experiencias percibidas como amenazantes.
- Dolor físico y psicológico.
- Incapacidad y dependencia. Pérdida de energía.
- Soledad
- Pérdida de la privacidad.

Estas vivencias generan en la mayoría de las personas emociones, sentimientos y conductas que son respuestas normales a la enfermedad y al tratamiento intra-hospitalario. Es frecuente por lo tanto que los pacientes experimenten:

- Aflicción.
- Concepto de sí mismo alterado. Baja de la autoestima.
- Miedo: temores y fantasías que pueden llegar a grados de irracionalidad.
- Tristeza, angustia y/o depresión.
- Ira: proyectada o desplazada hacia el sistema hospitalario, el personal de salud, la familia o dirigida hacia sí mismo.
- Impulsos agresivos: a veces se expresan en conductas tales como irritabilidad y mutismo pero la mayoría de las veces se reprimen por temor.
- Evasión: a través del sueño y las fantasías.

Cuando estas emociones y sentimientos se prolongan en el tiempo y/o se intensifican dando origen a conductas mal adaptativas nos encontramos frente a una crisis situacional, a un trastorno de ansiedad o del ánimo o a un trastorno de personalidad. El diagnóstico diferencial nos indicará las pautas a seguir.

La familia

En la mayoría de los familiares podemos observar manifestaciones de angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección.

Sin embargo algunos familiares presentan también conductas de rechazo y evitación las que pueden llegar hasta el abandono con los consiguientes sentimientos de culpa.

La respuesta adecuada de los integrantes del equipo de salud es crear una relación empática y de ayuda tanto con el paciente como con la familia.

Intervención en crisis situacionales

Concepto de intervención en crisis (Slaikeu 1988).

Método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, opciones y perspectiva de vida).

Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

Principios de la intervención en crisis

- **Oportunidad:** La terapia breve 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 del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. 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. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- **Metas:** Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado como el que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- **Valoración:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis. (En este acápite se hace imprescindible tener en cuenta el Perfil CASIC: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo)

Los cinco componentes de la intervención

- A. **Realización del contacto psicológico:** Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. Así mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que pasó y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia. Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico. El primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.
- B. **Analizar las dimensiones del problema:** La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia.
- C. **Sondear las posibles soluciones:** Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar 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.
- D. **Asistir en la ejecución de pasos concretos:** Involucra 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 en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.
- E. **Seguimiento para verificar el progreso.** Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación al determinar si se lograron o no las metas propuestas .

Casos especiales

Pacientes difíciles

El paciente que es catalogado con frecuencia como “difícil” o “problema” presenta conductas que resultan conflictivas para el personal de salud, generando como respuesta sentimientos y conductas tales como rabia, ansiedad, frustración, depresión, rechazo y evitación.

Los sentimientos y conductas más frecuentes en los pacientes “difíciles” son:

- Rebeldía: no asumir el rol de paciente.
- Visión distorsionada de su situación.
- Sentimientos de abandono.
- Miedo e intensa angustia.
- Ira.
- Inquietud psicomotora.
- Conductas de regresión y dependencia no acordes con la situación.
- Mal humor y reclamos frecuentes.
- Signos y síntomas de depresión o ansiedad extrema.
- Negativismo mantenido

Los pacientes catalogados como “difíciles” representan un desafío para el personal de salud y son generalmente motivo de interconsulta a psiquiatría. Estos pacientes con gran frecuencia presentan trastornos de personalidad límite, narcisista, histriónica o antisocial. Los pacientes difíciles son muy susceptibles y vulnerables frente a las conductas y sentimientos negativos del personal de salud. Una vez realizado el diagnóstico e iniciado el tratamiento, la siguiente prioridad del psiquiatra consultor debe ser la de calibrar el grado de malestar a que está sometido el personal que atiende al paciente. Los integrantes del equipo pueden tener una posición de enojo o de desesperanza en respuesta a la ingratitud, carácter intratable, impulsividad, manipulación, dependencia y cólera del paciente.

Orden de prioridades en la consultoría en pacientes difíciles (James E. Groves)

1. Evaluación de los problemas psiquiátricos más apremiantes tomando medidas frente a la posibilidad de que el paciente pierda el control de sus impulsos violentos o autodestructivos
2. Diagnóstico diferencial con formulación biopsicosocial explícita de los conflictos y factores de estrés predominantes.
3. Detección de los problemas y disonancias entre el personal y el paciente y formulación de un plan de acción para reducirlos.
4. Recomendaciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas a corto y largo plazo orientadas hacia la disonancia personal-paciente y a los conflictos del paciente

5. Educación y orientación al personal para enfrentar adaptativamente la situación actual y el manejo de pacientes difíciles en el futuro, o la siguiente prioridad del psiquiatra.
6. Participación activa en la asistencia psicológica paciente como asesor y consultor.

El paciente en etapa terminal y el enfrentamiento de la muerte

La tanatología es el estudio de los procesos relacionados con las reacciones ante la muerte, tanto del que está muriendo, como de los que asisten dolorosamente al proceso. Una de las primeras y más útiles clasificaciones de las distintas reacciones ante la muerte es la realizada por la psiquiatra y tanatóloga Elizabeth Kübler-Ross:

Fase 1. Shock y negación: Cuando se le comunica a un paciente que va a morir, la primera reacción suele ser de shock. Se siente aturdido al principio y luego se niega a creer en el diagnóstico.

Fase 2. Ira: Los pacientes se sienten frustrados, irritables y coléricos por estar enfermos. ¿Por qué a mí? es una pregunta frecuente. Pueden estar enojados con Dios, con su destino, con otras personas o culparse a sí mismos.

Fase 3. Negociaciones: Los pacientes pueden intentar negociar con Dios (promesas, mandas) con los médicos o con la familia.

Fase 4. Depresión: Los pacientes presentan signos y síntomas de depresión y pueden tener ideaciones suicidas.

Fase 5. Aceptación: En circunstancias ideales los pacientes logran aceptar la inevitabilidad de la muerte y son capaces de hablar de ello y resolver sus sentimientos en base a sus creencias y filosofía de vida

Duelo

Del latín *dolus*, que significa dolor. Respuesta a la pérdida o separación. La Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC) en su trabajo con familiares de ejecutados y desaparecidos sostiene que el duelo es la secuencia de estados subjetivos que siguen a la pérdida y que tienden a la aceptación de ésta y a una readaptación del individuo a una realidad que ya no incluye al ser amado.

Por otro lado, Freud indica que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces como la patria, la libertad, un ideal, etc. (duelo normal).

Tareas del duelo:

- Aceptar la realidad de la muerte.
 - Experimentar el dolor del duelo.
 - Adaptarse al nuevo ambiente en el cual la persona perdida ya no participa.
 - Retirar la energía emocional puesta en la persona perdida y reinvertirla en otra relación.
-

Para Theres Rando en el duelo se requiere:

1. Reconocer la pérdida, admitir y entender la muerte.
2. Reaccionar ante la separación; permitirse sentir.
3. Recordar y reexperimentar la relación. Admitir y revivir los sentimientos, los recuerdos y momentos compartidos en forma realista.
4. Replantearse los papeles. Estar dispuesto a replantear la identidad previa, estilo, valores y prioridades, es decir, la anterior forma de vida; aceptando que el mundo presuntivo cambia irremediamente.
5. Reacomodarse, adaptarse a un mundo nuevo, diferente e incompleto.
6. Reinvertir la energía psicológica, orientar el amor, el interés y la dedicación que ligaba al doliente con quién murió, hacia la búsqueda de ilusiones, proyectos y motivos para vivir

Mantener el duelo sin resolver es congelar en el tiempo la relación con el objeto perdido, sin enfrentarse al vacío de la pérdida.

Los profesionales de salud tienen un fácil acceso a las personas y familiares que presentan crisis emocionales relacionadas con la enfermedad aguda, crónica y terminal. En la mayoría de los casos son el médico o la enfermera quienes informan primero al paciente sobre la existencia y el amplio rango de complicaciones de la enfermedad o lesión. Es en este momento cuando se debe ofrecer la primera ayuda psicológica.

Los integrantes del equipo de salud continúan en contacto con el paciente durante el curso de la enfermedad y por lo tanto están en una posición que les permite seguir la trayectoria del proceso de crisis y realizar intervenciones importantes para su resolución.

Bibliografía.

- Aguilera, D.C. y Messick, JM. *Intervención en Crisis. Teoría y Práctica*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1978
- Caplan, Gerard. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1964.
- Jara, Sonia. *Apuntes docentes*. Dpto. Psiquiatría Sur . 2003.
- Kubler-Ross, Elizabeth. *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona. 1998
- Kaplan, H; Sadock, B. *Sinopsis de Psiquiatría*. 8ª ed. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2000.
- Slaikeu, Karl. *Intervención en Crisis*. Ed. El Manual Moderno. Mexico D.F. 1996



Prof. Sylvia Raffo L.
Enfermera Universitaria
Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur.
Universidad de Chile.
2005.