



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

TÍTULO: *Crisis e Intervención*

Estudiante: María Magdalena Wilson Rodríguez

Tutor: Laura de Souza

Fecha de entrega: 29 de Julio, 2016

Montevideo, Uruguay

ÍNDICE

1. Resumen.....	p.1
2. Introducción.....	p.2
3. Desarrollo.....	p.5
3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de crisis?.....	p.5
3.2. Tipos de crisis.....	p.8
3.2.1. Crisis vitales durante el desarrollo.....	p.8
3.2.2. Crisis traumáticas o repentinas.....	p.10
3.3. Etapas en un proceso de crisis.....	p.11
3.4. Crisis y Trauma.....	p.12
3.5. Tipos de Intervención en crisis.....	p.15
3.5.1. Intervención en crisis de Primer Orden o Primera Ayuda Psicológica.....	p.15
3.5.2. Intervención en crisis de Segundo Orden o Terapia en crisis.....	p.17
3.6. Encuadre y Técnicas de Intervención en Terapia de crisis.....	p.20
3.7. Seguimiento.....	p.24
3.8. Un ejemplo de crisis y su intervención.....	p.25
4. Reflexiones Finales.....	p.27
5. Referencias Bibliográficas.....	p.30

1. RESUMEN

El presente trabajo se centra en estudiar el concepto del término CRISIS desde el enfoque de autores pioneros en la temática como ser Erikson, Caplan, Kaës, Slaikeu.

Se realiza una clasificación general de las crisis en: traumáticas y del desarrollo vital. (Slaikeu, 1988) Las primeras se caracterizan por ser imprevistas, intensas, catastróficas; no tienen relación alguna con el momento evolutivo ya que pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento de la vida. Las del desarrollo sí son crisis “esperables”, se sabe con anticipación que los sujetos están destinados a atravesar ciertas etapas que son decisivas en diferentes momentos de su desarrollo normal, pero igualmente causan un desequilibrio, por ejemplo por no poder concretar en tiempo y forma lo que la sociedad espera de esa etapa evolutiva.

Se pone especial énfasis en la Intervención en crisis propiamente dicha, la misma se clasifica en: Intervención de Primer Orden o Primera Ayuda Psicológica e Intervención de Segundo Orden o Terapia de Crisis

Uno de los aspectos que se destaca dentro de la Teoría de la Crisis de Slaikeu (1988) es que la misma puede llevar al sujeto a un crecimiento personal, lo cual traslada a la crisis de un plano negativo, de desesperación, riesgo y desorganización, a uno más positivo: el sufrimiento, que también puede incitar al desarrollo personal y la madurez.

Se presenta la intervención en un supuesto caso de crisis, mostrando el tipo de encuadre y las técnicas de intervención oportunas, como también sus contraindicaciones.

Palabras Clave: crisis, intervención, traumática, desarrollo

2. INTRODUCCIÓN

La sola condición de seres humanos nos deja expuestos a presenciar diferentes tipos de crisis a lo largo de la vida. Sin embargo, a pesar de que la concepción de crisis nos acompaña desde hace muchos años y actualmente se puede apreciar de qué manera la presencia de este fenómeno ha ido aumentando en diferentes aspectos de la vida, ya sean comunes o muy complejos, igualmente la humanidad se sigue cuestionando qué es finalmente una crisis y cuándo se puede decir que alguien está en crisis.

Si se hace un recorrido en el tiempo, encontramos que desde la primera guerra mundial se han podido apreciar intervenciones desde el psicoanálisis para aquello denominado “neurosis de guerra”. Desde ese entonces se han ido realizando modificaciones en cuanto a la técnica con el fin de mejorarla, debido al gran aumento en la demanda de este servicio en la Salud.

En Setiembre del 2011 comenzó a regir el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde se establece que todos los servicios de salud, ya sean públicos o privados, deben contar de forma obligatoria con un abanico de prestaciones en Salud Mental, siendo accesible a todos los usuarios del sistema.

Dicho plan fue implementado con la intención de contribuir para mejorar la situación de salud de la población uruguaya, siendo que si la Salud Mental no es atendida, no se puede hablar de salud integral. De esta manera, se estaría reforzando el reconocimiento de la Salud Mental “como un derecho humano fundamental y -por tanto- las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos.” (Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, 2011, p. 5)

Como objetivo principal se planteó realizar “intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país” (Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, 2011, p.8)

Uno de los aspectos que considera el Plan es ofrecer intervención oportuna a las necesidades de intervención en crisis, con el fin de evitar la cronificación de los sucesos como también mayores gastos para el sistema.

Las prestaciones integrales deberán garantizar tres modos de intervención:

- En el **MODO 1** la atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.
- En el **MODO 2** se asegurará la atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido.
- En el **MODO 3** se asegurará la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

Las intervenciones en crisis se realizarán en el MODO 1 y en el MODO 2. No se incluyen dentro del MODO 3 porque aquí la intervención está orientada a la rehabilitación de poblaciones con: consumo problemático de sustancias y trastornos mentales severos. Dentro del MODO 1, las intervenciones serán únicamente grupales y están dirigidas a las siguientes poblaciones objetivo: familiares o referentes activos de personas con uso problemático de sustancias; familiares de usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave; muerte inesperada de un familiar; familiar o vínculo cercano de alguien que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año; personas en situación de violencia doméstica; docentes de enseñanza primaria, secundaria y técnica, como también personal de la Salud, que consultan por temáticas vinculadas a su actividad laboral. El máximo de integrantes será de 15. Dentro del MODO 2, la población objetivo se reduce, se dirige a: usuarios con IAE; usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive; docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud. De acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción, los abordajes psicoterapéuticos serán individuales, de pareja, familia o grupales. En este modo los grupos tendrán un máximo de 12 integrantes.

En referencia a la intervención en crisis en general, se plantean dos tipos: Intervención de Primer Orden o Primera Ayuda Psicológica y la Intervención de Segundo Orden o Terapia de Crisis.

Defey (2009) expresa que:

Si bien la terapia focal puede englobarse en este concepto más amplio y es entonces descrita como Terapia de Crisis, es importante comprender que lo que se denomina como Primera Ayuda Psicológica es sustancialmente diferente de lo que entendemos como psicoterapia. (p.95)

La Primera Ayuda Psicológica es lo que Slaikeu (1988) denomina Intervención de Primer Orden, sería una intervención temprana con el objetivo de ayudar a la persona en crisis a restablecer el enfrentamiento, tomando las primeras medidas de urgencia.

Sin embargo, la Terapia en Crisis, que se conoce también como Intervención de Segundo Orden, Slaikeu (1988) la define como la intervención que:

recoge al paciente donde la primera ayuda psicológica lo deja de ayudar en el proceso de reconstrucción de una vida destrozada por un suceso externo, sea muerte de un ser querido, pérdida de un miembro del cuerpo, o cualquier otra crisis circunstancial o del desarrollo. (p. 104)

En esta instancia el objetivo es otro, se intenta ayudar al paciente a resolver la crisis.

En el presente trabajo monográfico se pretende mostrar desde las diferentes concepciones lo que es una crisis y qué características tiene una intervención en este tipo de sucesos. Es importante diferenciar los dos tipos generales de crisis: **crisis vitales durante el desarrollo** y **crisis repentinas**, no sólo para dar cuenta de las mismas sino para mostrar características de la intervención en cada una.

Uno de los aspectos más nombrado dentro de la teoría de la crisis (propuesta por Karl Slaikeu), es que la misma puede llevar al sujeto a un crecimiento personal, lo cual traslada a la crisis de un plano negativo, de desesperación, riesgo y desorganización, a uno más positivo: el sufrimiento, que también puede incitar al desarrollo personal y la madurez.

A modo de ejemplo y como forma de culminar este trabajo expondré un suceso de crisis, la intervención indicada y las contraindicaciones.

3. DESARROLLO

3.1. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CRISIS?

*“El hombre se crea hombre gracias a las crisis
y su historia transcurre entre crisis y
resolución, entre ruptura y sutura”*

René Kaës

Todo el tiempo se escucha decir que “estamos en crisis”, lo atípico es la armonía, se vive en una crisis constante y existen pocos momentos de estabilidad, expresa Bochar (2000).

Cuando se habla de crisis, se está frente a un concepto de gran complejidad, no solo pensando en la variedad de crisis que existen, sino también pensando este concepto desde la intervención. Intervenir en crisis implica una ardua tarea, con un gran compromiso y atención, teniendo todos los sentidos alerta. Al sujeto en crisis se lo debe concebir en situación, extendiendo la mirada a toda su red de relaciones, intentando planificar lo más pronto posible las acciones que se deben tomar tratando de no perder nada de vista. Por ello, se cree que lo ideal es trabajar en un equipo interdisciplinario, el cual pueda colaborar, guiar y brindar miradas diferentes. Cuando se interviene en crisis es fundamental asistir, brindar confianza, sostén y contención a la angustia,

En el siglo XVIII la palabra CRISIS es tomada del griego KRISIS, la cual significa “decisión”. En el siglo XIX se lo relaciona más a lo emocional violento, como ser crisis de pánico, de dolor, de rabia, de llanto. En el siglo XX ya se lo vincula a la patología, entendiéndose el concepto en relación a lo conflictivo, a la existencia de perturbación, a un quiebre o ruptura. Sin embargo, esta última concepción difiere entre las teorías, mientras que para algunas sí es un fenómeno patológico, para otras sería algo normal y esperado.

El diccionario de la Real Academia Española (2001) define este concepto como “Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados”, y también como “Cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente.”

Se expondrán ahora algunas definiciones acerca del concepto.

Desde el enfoque psicoanalítico, Freud utilizó el concepto de crisis en sus obras con términos como crisis histéricas, de angustia, episodios de crisis, etc. Según lo expresado en el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche (2005), se entendía que

la angustia se podía lograr dominar o no, lo cual conduce desde un simple malestar a una crisis, vista ésta como un desborde imposible de pronosticar y dominar.

Recién a mediados de siglo fue que, en psicoanálisis, este concepto se comenzó a investigar de un modo diferente y específico.

Autores pioneros en la temática como fueron Erikson, Caplan, Kaës, Slaikeu, se vieron interesados en definir el concepto de crisis.

Los autores más destacados en crear teorías sobre este concepto fueron Erik H. Erikson y Gerald Caplan. Erikson, psicoanalista de origen alemán, que tomando algunas ideas de Freud y desechando otras, propuso que desde el nacimiento hasta que la muerte la mente está evolucionando de forma constante, el desarrollo libidinal y el desarrollo yoico se da a lo largo de toda la vida en etapas o ciclos evolutivos que traen cambios y crisis (Erikson, 1958). No considera a la crisis como algo que llega en forma de quiebre e interrumpe el desarrollo, sino lo contrario. De manera que tampoco se siente identificado con otros autores cuando plantean que la crisis es de carácter irruptivo y patológico.

Según lo planteado por Wilhelm (1967), “el término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, ocurriendo al mismo tiempo” (Slaikeu, 1988, p. 12).

Kaës (1979) la entiende como “un cambio brusco y decisivo en el curso de un proceso”. “Se trata por cierto de una ruptura pensada por Kaës de una manera muy especial, pues junto al caos de la ruptura estaría la esperanza de la sutura” (Médici de Steiner, C., p.15). Para este autor los conceptos de crisis y cambio vienen de la mano, planteando que sólo se puede salir de la crisis si se atraviesan los cambios.

Caplan, como se nombró anteriormente, junto con Erikson dejaron una fuerte impronta en este tema. Fue un médico de Estados Unidos, reconocido por sus experiencias observando trastornos psiquiátricos en personas durante y luego de atravesar de manera inadaptada una crisis. Este autor considera la crisis como “una perturbación desencadenada frente a situaciones nuevas ante las que el individuo o los individuos no disponen con adecuación y rapidez de los mecanismos de superación y defensa que supuestamente poseen y eso determina el surgimiento de una crisis” (Médici, p.18). “Cada crisis representa tanto la oportunidad de un desarrollo como el peligro de un deterioro psicológico. Es una estación de paso en un sendero que se aleja o se dirige hacia el trastorno mental.” (Caplan, 1985, p.69)

Las crisis nos enfrentan con situaciones que irrumpen en la vida y en el psiquismo del sujeto y exigen ser procesadas; produciendo ruptura cognoscitiva, afectiva, social en tanto roles asumidos y adjudicados, biológica en aquellos casos de crisis por el desarrollo. (Bochar, 2000, p.193)

Para decidir si efectivamente estamos frente a la presencia de una crisis o no, Lent (s/f, p.102) se basa en dos tipos de criterios:

a) Criterio externo (o del estímulo): se busca la aparición de un suceso inexistente anteriormente, reconocido como nuevo dentro de la existencia del individuo y que se vuelve un detonante concreto (del mundo externo y no del interno) para un cambio. Se procura como disparador de la crisis un factor:

- Externo
- Concreto y delimitado
- Actual y próximo
- Irreversible
- Que fuerza a un cambio
- Dentro de circunstancias que impiden el abandono de la situación

b) Criterios internos (o del sujeto)

- Vivencia confusional del impacto con una situación nueva y desconocida
- La conclusión de fracaso en su tentativa de reestructurar la situación

Se plantea entonces que la crisis es una respuesta a factores desencadenantes que, según los últimos autores citados, aparece tanto por causas externas (situaciones o accidentes) como internas (maduracionales). Dentro de las causas externas al sujeto, están: las catástrofes, la muerte de un ser querido, divorcio, abandono, asaltos, violaciones, enfermedades, operaciones quirúrgicas, pérdida de empleo, emigraciones, golpes de estado, quiebras financieras, etc. Y dentro de las causas internas, algunos autores pueden considerar las maduracionales que, inciden tanto en lo psíquico como en lo corporal, serían las manifestaciones comunes a todos los hombres en su proceso evolutivo, pudiendo denominarlas crisis universales.

Desde el punto de vista orgánico, Moffatt (1982) agrega que este proceso de desorganización del sujeto se expresa a través de la angustia vivida corporalmente, la cual es acompañada de trastornos cardio-respiratorios, ahogos, sensación de “nudos” en el estómago y la garganta, y un estado general de hipercontracción muscular. Esto lo sintetiza la palabra: desesperado, “la persona desesperada es la que ya no espera nada, la que tiene un futuro vacío por delante” (p.16)

3.2. TIPOS DE CRISIS

“Una persona es susceptible de entrar en lo que conocemos como *situación de crisis* cuando se enfrenta a una situación concreta en la que evalúa que sus recursos son inferiores a las demandas del ambiente” (Gómez-Mascaraque, J., Corral E., 2009, p. 67)

Al decir de Moffatt (1982), la crisis se manifiesta cuando la continuidad de la vida se vio imposibilitada por un sentimiento de paralización. “De pronto nos sentimos confusos y solos, el futuro se nos aparece vacío y el presente congelado” (p.15).

Desde la teoría de la crisis, de Slaikeu (1988), se cree que hay dos tipos generales de crisis: las **crisis vitales durante el desarrollo** y las **crisis repentinas en la vida**.

Si la intensidad de la perturbación aumenta, ya sea por cualquiera de los dos tipos de crisis, el sujeto comienza a percibirse como “otro”, presenciando una experiencia de despersonalización, lo cual genera una percepción discontinua de la vida como una historia coherente.

A pesar de entenderse la crisis como un acontecimiento que conlleva únicamente resultados negativos, uno de los aspectos que más se puede resaltar de esta teoría es que plantea a la crisis como un suceso que puede también conducir a un crecimiento personal.

3.2.1. Crisis vitales durante el desarrollo

Este tipo de crisis están relacionadas con el pasaje desde una etapa del desarrollo a otra, y cada etapa de estas se relaciona a la vez con aspectos del crecimiento, entonces al ocurrir una interferencia en su realización, es probable la aparición de una crisis. De esta manera, se consideran a estas crisis como “esperables” o “predecibles”, sabiendo entonces, con anticipación, que los sujetos están destinados a atravesar ciertas etapas decisivas en diferentes momentos a lo largo de todo su desarrollo, no dejando de estar dentro del desarrollo normal.

Moffatt (1982) propone nueve crisis que debemos atravesar, con la edad a que aproximadamente ocurren: el parto, el destete (al año), el ingreso a la escuela (y simultáneamente la crisis edípica) (a los cinco años), la pubertad (a los 12 años), la separación de la familia de origen llamada “exogamia” (a los 20 años), la crisis de la mitad de la vida (a los 40 años), la jubilación (a los 60 años), la decrepitud y la muerte. Las más significativas desde el punto de vista de una emergencia psicológica son la exogamia y la crisis de la mitad de la vida.

Es importante poder distinguir cuándo es una crisis y cuándo es simplemente una transición. La crisis sería la versión exagerada de una transición. Las transiciones se entienden como regiones limítrofes, sirviendo de puente según Levinson (1986), entre dos etapas de gran estabilidad. Pero como éstas no siempre son fáciles de atravesar, es que pueden terminar provocando desequilibrio, desorganización, ansiedad, confusión, inestabilidad, llegando así a conformar una crisis.

A modo de ejemplo, una transición puede llegar a convertirse en una crisis si el sujeto rechaza o no se siente preparado para lo que acontecerá. Las mujeres, esperan alrededor de los 40 o 50 años la menopausia, y si bien saben que probablemente genere ansiedad, también sabe que la superarán y por eso la viven como natural.

Slaikau (1988) plantea algunas de la hipótesis que indicarían cuándo una transición se convierte en crisis:

- a. **Cuando se dificulta el desempeño de actividades relacionadas con una etapa del desarrollo.** Es decir, la existencia de algún déficit en las variables: habilidades, conocimientos, disposición al riesgo, recursos físicos, apoyos sociales; hará que una persona logre acciones que son propias del desarrollo o la derivará en una transición que conducirá a la crisis. Un ejemplo puede ser: un chico de 18 años que vivía con su familia en un pueblo y emigra solo hacia una ciudad, puede superar la transición a una etapa adulta de una manera fácil o puede vivirlo como una crisis.
- b. **Cuando existe una acumulación de sucesos.** Por ejemplo, una mujer de 50 años que comienza con la menopausia, se va el hijo menor de su casa, la hija mayor la convierte en abuela, entierra el recuerdo de sus padres y se hace consciente de su propia mortalidad. Sin embargo, todos estos sucesos se categorizarían como angustias esperadas en la adultez.
- c. **Cuando un individuo no acepta o no está preparado para enfrentar sucesos que son determinantes.** Una familia que decide irse al exterior en busca de un futuro mejor, sucede que el esposo de 45 años no encuentra trabajo por lo que debe hacerse cargo de las tareas de la casa y sus niños, mientras su mujer (quien sí obtiene un puesto laboral) es quien comienza a ser el sustento del hogar; el descompense se genera primero porque no encuentra trabajo y segundo porque no está preparado para su nuevo rol.
- d. **Cuando el individuo se percibe a sí mismo como fuera de la etapa para las expectativas que tiene la sociedad para un grupo de edad particular.** Esto sucede cuando, por ejemplo, un hijo no se muda del hogar de sus padres a tiempo, ocurriendo una crisis tanto en los padres como en el hijo

Al respecto, Fiorini (2002) piensa que:

Gran parte de la conflictiva agudizada en la situación deriva no solamente de la reactivación de conflictos infantiles, sino del choque entre las limitaciones dadas por la persistencia de esos conflictos y las necesidades propias de la etapa evolutiva abierta que urgen una satisfacción. (p. 89)

La crisis aparece no solamente a causa de toda aquella tarea que deriva de necesidades específicas de ese momento evolutivo sino además por lo que se espera culturalmente en esa etapa y no está pudiendo ser concretado.

3.2.2. Crisis traumáticas o repentinas

Las crisis de este tipo no tienen relación alguna con la edad del individuo o etapa evolutiva en la que se encuentra, pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento de su vida.

Surgen a partir de que ocurren situaciones extraordinarias que una persona no tiene forma de prever ni controlar, como son el caso de accidentes automovilísticos, secuestros, incendios, etc. Las crisis traumáticas o repentinas se caracterizan por ser imprevistas, azarosas, intensas, conmovedoras y catastróficas.

Las principales características de este tipo de crisis son las siguientes (Slaikeu, 1988, p. 48):

- **Trastorno repentino:** puede ocurrir a toda persona sin importar el momento de la vida en que se encuentre, no depende de las etapas del desarrollo, sólo sucede.
- **Lo inesperado:** por lo general nadie está preparado para este tipo de crisis, siempre se cree que le sucederá a otros.
- **Lo urgente:** muchas veces atacan el bienestar físico y psicológico, lo cual requiere una acción inmediata.
- **Impacto potencial sobre comunidades completas:** como puede ser un incendio, una catástrofe climática, necesitando por un período relativamente corto intervención para grupos numerosos
- **Peligro y oportunidad:** al principio resulta imposible ver la oportunidad luego de haber sufrido un ataque físico, una violación o pérdida de un ser querido; sin embargo, luego que estos sucesos requieren nuevas maneras de enfrentamiento y proporcionan la oportunidad para pensar y reelaborar problemas anteriores no

resueltos, aparece la posibilidad de resurgir mejor preparado de la crisis para enfrentar sucesos futuros, que antes de la crisis.

Lo que ocurre luego de acaecido un suceso de estas características es que: se pierde el equilibrio psicológico, fallan los mecanismos normales para enfrentar las situaciones estresantes, deterioro funcional significativo, el sufrimiento, dolor y angustia son evidentes, estado de confusión y/o agitación.

Se consideran diferentes etapas en las crisis circunstanciales (Gómez-Mascaraque, 2009, p.68):

1. **Fase de impacto:** todo lo que sucede de inmediato luego del suceso traumático. Aquí las personas no entienden muy bien lo que les está sucediendo y reaccionan de una manera sorprendente. Puede durar desde minutos a días
2. **Fase de reacción:** una vez pasados esos minutos o días de que la persona está muy confundida, comienza ahora sí a comprender lo que le ha sucedido, pudiendo reaccionar frente a ello. Puede ser muy doloroso ya que es aquí donde la persona llega a comprender lo que ese suceso crítico puede causarle a su vida. A pesar de que sea en esta fase donde se comienza a enfocar el problema de manera adecuada, es también aquí donde se siente más desorientada, puesto que este evento le sacude con toda su fuerza.
3. **Fase de reorientación:** esta fase sería la última, y ocurre si el proceso fue el propicio y si la persona no se quedó anclada a ninguna de las otras fases, si finalmente aceptó el suceso traumático, logró integrarlo en su vida y es capaz de retomarlo, de crear nuevos proyectos, de verse capaz de ser feliz. Esta es una fase que, como se puede observar, depende de muchos factores, puede comenzar a darse entre la segunda o tercer semana y los 6 meses desde que se inició el proceso (momento de la crisis).

3.3 ETAPAS EN UN PROCESO DE CRISIS

Horowitz (1976) identifica cinco etapas en un proceso de crisis a partir de la presencia del suceso amenazante (Slaikeu, 1988, p.18):

1. **Llanto:** serían las reacciones iniciales cuando ocurre el impacto. Esto puede conducir a la segunda etapa o a la tercera
2. **Negación:** puede suceder que se bloquee el impacto, que se dé un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo sucedido, o actuar como si nada hubiese pasado.

3. Intrusión: las pesadillas seguidamente, preocupaciones, otras imágenes o ideas involuntarias que causan sentimiento de dolor y sufrimiento por lo sucedido, son características en esta etapa

4. Penetración: es el proceso donde ocurre que se logre identificar y expresar sentimientos y pensamientos acerca del suceso de crisis. Algunos sujetos lo realizan naturalmente, mientras que otros necesitan de una ayuda profesional.

5. Consumación: sería la etapa final, donde se logra la integración del suceso de crisis en la vida de la persona. Finalmente ha sido enfrentada, los pensamientos y sentimientos se han podido identificar y expresar, y la organización ha sido finalizada o iniciada.

3.4. CRISIS Y TRAUMA

Es común que se abuse en el lenguaje coloquial del término “crisis” para referirse a diferentes situaciones negativas de la vida, como también muchas veces se comete el error de usarse indistintamente del término “trauma” como si fuesen exactamente lo mismo.

Una vez conceptualizado y definido lo que es una crisis, en este capítulo se realiza un pequeño recorrido histórico del concepto de trauma, con el objetivo de clarificar ambos terrenos para evitar este tipo de confusiones.

Numerosos autores han escrito conceptualizando el trauma, primero destacaré las conceptualizaciones principales que realizó Sigmund Freud sobre este tópico.

Anterior al año 1900, Freud plantea un concepto metapsicológico principalmente económico, define al trauma como “un exceso de excitación, que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente” (Tutté, p. 3) Años posteriores, si bien continúa manteniendo su definición económica, se va acercando a lo que sería una intersección entre el adentro y el afuera, dos realidades que invaden al sujeto. En *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926) lo relaciona con la angustia y el conflicto psíquico, como también con las alteraciones del yo y al carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas. En su escrito llamado *Moisés y la Religión Monoteísta*, Freud (1939) reconoce que evidentemente las neurosis serían una consecuencia de vivencias e impresiones, las cuales serían de naturaleza sexual y agresiva, como también todas las que hayan provocado daños al yo. Estas vivencias son las que legítimamente reconocemos como traumas etiológicos.

Tutté (s/f) resume:

Freud va oscilando entre la definición del trauma como algo meramente derivado de lo cuantitativo a una segunda definición en la que lo importante es el conflicto, que se va superponiendo y termina ocupando el primer plano, viéndose entonces cómo lo económico se integra a lo dinámico (p. 4)

Según lo planteado en el diccionario de Corominas, J. (1987) el término trauma “surge en castellano hacia 1900 como derivado de *traumatikós*, que significa herida”, “una herida entendida como *transmisión de lo que lastima*” (Benyakar, M. y Lezica, Á., 2005, p. 66).

En el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche (2005) se define al trauma como “Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica.” (p. 447)

Por otro lado, se entiende al trauma como la reacción psicológica derivada de un suceso traumático, el cual se lo define como:

un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. (Echeburúa, 2004, p. 29).

Se agrega que, es un suceso totalmente inesperado y no tiene en cuenta al otro en las relaciones humanas (abandono, castigos, reacciones impulsivas, maltratos, etc.)

El elemento clave dentro de lo que se denomina suceso traumático es la pérdida de confianza básica. No solo se pierde la dignidad, sino que se pierde la integridad del propio yo. Follete, Ruzek y Abueg (1998) plantean que “Una persona traumatizada es, en cierto modo, como un *lisiado psíquico*” (Echeburúa, 2004, p. 30).

“(…) todo acontecimiento traumático genera en el niño una cicatriz psicológica que puede o no reabrirse en la vida adulta (...) según las circunstancias presentes en esa persona cuando ya es mayor” (Echeburúa, 2004, p. 51). Con esto se refiere a que, un adulto víctima de un suceso traumático en la infancia será más vulnerable a trastornos mentales dependiendo de si hay traumas previos, si tuvo malos tratos en la infancia, si hay presencia de trastornos de personalidad, como también la inestabilidad emocional previa.

Muchos de los sucesos, a pesar de que causen dolor profundo y malestar emocional, no se consideran propiamente traumáticos, y aquí es cuando se genera la confusión con lo que sí es una crisis. Estos acontecimientos pueden ser, por

ejemplo, la muerte de un ser querido, la pérdida no deseada de pareja, la llegada de un hijo inesperado.

Echeburúa destaca el aspecto externo del trauma, éste sería causado por un suceso ocurrido afuera. Pero hay otros autores como son Benyakar y Lezica que destacan el aspecto intrapsíquico. Lo traumático parece no depender sólo de lo externo, sino de la incapacidad de los recursos psíquicos para enfrentar la situación y poder defenderse de la misma, sobrepasa la capacidad yoica.

La situación traumática ellos la entienden como “la sola exposición a determinado suceso desestabilizador que logra producir una disfunción psíquica de tipo traumático.” (Benyakar, 2005, p. 64); “una situación nunca es traumática *per se*, ya que *traumático* nombra un determinado tipo de falla de elaboración psíquica, no vinculada a priori a ningún hecho en especial” (p.63). Para delimitar lo precisamente traumático, ellos creen imprescindible poder distinguir claramente la situación fáctica del proceso psíquico (singular en cada sujeto) desencadenado por un suceso. Por ello prefieren denominar “*situaciones disruptivas* y no necesariamente traumatogénicas” (p.65), a los eventos fácticos externos que son desestabilizantes. En suma: “el término traumático debe reservarse, entonces, a un tipo específico de disfunción psíquica y, sólo si el examen psicológico atento revela un funcionamiento traumático a partir de una situación disruptiva, que sólo entonces será considerada situación traumatogénica” (p.65).

A modo de resumen, **Freud** en un principio conceptualizó al trauma como un exceso de excitación que no podía ser integrado ni derivado. Pero tiempo después se fue alejando de esta concepción y planteó al trauma como aquello que surge de la unión entre lo externo y lo interno. **Laplanche** lo conceptualizó como algo meramente externo con características intensas, lo cual provoca trastornos y efectos patógenos. **Echeburúa** hace referencia a una reacción psicológica que deriva de un suceso traumático, un suceso con connotaciones negativas y de carácter repentino, que genera consecuencias dramáticas. **Benyakar** y **Lezica**, prefirieron no hablar de situaciones traumáticas sino de situaciones disruptivas, señalando que una situación nunca puede ser traumática de por sí.

Si bien algunos autores destacan lo externo y otros lo interno, comparten que el trauma se provoca en la conjunción de ambos aspectos.

El psicoanálisis ha estudiado los efectos de los traumas en la constitución del psiquismo, Killingmo (1989) plantea que el mecanismo de funcionamiento patológico puede ser de dos maneras: el de conflicto y el de déficit. Este último supone fallas intrasistémicas, en cuanto que el objeto no responde emocionalmente de una forma adecuada. “Los traumas extremos en el desarrollo infantil (por ejemplo,

agresión física y psíquica sostenida e intensa) se expresarán habitualmente como déficit estructurales (...)” (OPD-2, 2008, p. 118). La patología basada en el déficit se caracteriza, según Kernberg (1975) por “una estructura defectuosa del sí-mismo, la falta de constancia del objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos” (Killingmo, 1989, p. 111)

Como plantea Killingmo, el trauma provocaría el déficit. Si un suceso de crisis no es auxiliado mediante una intervención inmediata, probablemente la misma finalice provocando un trauma. Cuando se habla de crisis en este caso, se hace referencia a las crisis repentinas e inesperadas que causan una desorganización total en el sujeto, dejando a este desprovisto de estrategias de enfrentamiento.

3.5 TIPOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Intervención en crisis se le denomina al proceso encaminado a ayudar a una persona o varias personas a enfrentarse a una crisis o acontecimiento traumático. Su objetivo es proporcionar un adecuado enfrentamiento a la situación crítica, impidiendo desorganización y brindando estrategias para afrontar las situaciones que generan estrés.

Se darán a conocer los dos tipos de intervenciones en crisis: en primer lugar, la **Intervención de Primer Orden** que se brinda generalmente minutos después de ocurrido el suceso crítico y la puede realizar tanto un profesional de la salud como la policía, el clero, un vecino, etc.; en segundo lugar, la **Intervención de Segundo Orden** tiene como objetivo la resolución de la crisis, siendo un terapeuta quien la realiza.

3.5.1. Intervención en Crisis de Primer Orden o Primera Ayuda Psicológica

“Como sabemos, el accionar antes que de ocurra una crisis influirá mucho en la manera de accionar en los niveles posteriores, cuanto mejor sea planificada la prevención será más sencillo continuar la intervención.” (Defey, 2009, p. 91)

El enfoque principal de una intervención en crisis de primer orden, o también denominada primera ayuda psicológica, es que implica una ayuda inmediata, por lo general siempre toma minutos y hasta horas, esto depende de lo grave que sea la

desorganización de la persona en crisis, como también de la capacidad de quien está auxiliando.

Al decir de Defey (2009):

La Primera Ayuda corresponde a la necesidad imperiosa de una intervención que disminuya los riesgos y permita sobrevivir a los primeros días y semanas luego de un evento traumático. En ella, quien brinde ayuda (que no necesariamente es un técnico de la Salud Mental) debe sostener y contener, pero también funcionar como un yo auxiliar que salga activamente al rescate de un Yo desbordado y desinstrumentado con el fin primordial de evitar daños que pueden llegar a ser dramáticos y de gran permanencia en el tiempo. (pp. 95-96)

Los principales subobjetivos de esta intervención son: brindar apoyo, reducir la mortalidad y relacionar a la persona en crisis con otros recursos de ayuda, según lo expresado por Slaikeu (1988). Los subobjetivos son limitados porque en este primer contacto completo de ayuda no existe lugar para la elaboración, ni se intenta darle un fin a la resolución psicológica de la crisis, de ello se ocupará la Intervención en crisis de Segundo Orden. Sí está impuesta aquí la necesidad de hacer funcionar mecanismos de defensa, muchas veces extremos, y la urgencia de volver a activar la capacidad adaptativa.

Este tipo de intervenciones están aptos para realizarlas: “previamente por una capacitación puntual, personas claves de la comunidad, a saber, bomberos, enfermeras, maestros, policías, porteros de viviendas colectivas, etc. Se requiere de un entrenamiento específico. No es necesario un diploma profesional.” (Delahanty, 2003, p.496). La pueden y deben realizar aquellos sujetos que observen primero la necesidad, en el lugar y en el momento que ocurra.

Gómez- Mascarraque (2009) denominan a esta intervención como los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y los definen de una forma similar a la Primera Ayuda Psicológica que plantea Defey, “el conjunto de estrategias puestas en marcha de manera inmediata por los intervinientes (sanitarios, bomberos o policías) tras un suceso crítico y que están orientadas a prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental en los afectados” (p. 73). Los PAP generalmente se brindan en el mismo lugar del suceso, y no son intervenciones de larga duración ya que no son lo mismo que una terapia psicológica. El objetivo concreto será ayudar a la persona a enfrentarse a la crisis dando pasos seguros. Con esto, Gómez-Mascaraque (2009) se refiere a:

ayudar a la persona a aceptar lo sucedido, expresar sentimientos, facilitar que busque soluciones y apoyo social, ayudar a que recupere el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente y prevenir la aparición de consecuencias negativas para su salud mental. (p. 74)

El enfoque situacional es de indicación primordial en estas intervenciones, tanto para lograr una comprensión abarcativa y lo más profunda posible de la problemática como de actuar sobre ella de modo de lograr una real modificación de los riesgos y crear las condiciones para un posterior trabajo terapéutico. (Defey, 2009, p.96)

Hay que evaluar si el trabajo terapéutico es necesario, muchas veces la intervención finaliza en este primer paso.

3.5.2. Intervención en Crisis de Segundo Orden o Terapia de Crisis

Una vez realizada la Primera Ayuda Psicológica, la terapia en crisis comienza a ayudar al sujeto en el proceso de reconstrucción de su vida desorganizada, y en muchos casos destrozada.

Esta intervención tiene como objetivo principal intentar ayudar al sujeto a resolver la crisis, esto sería para Slaikeu (1988), poder enfrentar el acontecimiento de crisis pudiendo integrarse en la estructura de la vida, quedando dispuesto para enfrentar sucesos futuros.

Este proceso requiere de un mayor esfuerzo, de más tiempo y de un terapeuta con mayor experiencia en el tema.

Según Defey (2004):

es necesario priorizar algunos temas, dejar de lado otros, poner un orden en donde la crisis ha impuesto el caos, el papel activo del terapeuta debe ponerse aquí en juego desarrollando primero y conduciendo después, un plan de tratamiento, esto será tanto más así cuanto más aguda sea la situación de crisis. (p 43)

En muchos casos sucede que la persona, grupo o familia que se encuentra transitando una crisis no logra instrumentar conductas adaptativas mínimas, como por ejemplo cuidar a sus hijos o protegerse de un peligro real inminente. De modo que resulta casi impensable que pueda estructurar una demanda, generalmente en crisis no se está en condiciones de hacerlo, se necesita de un “yo auxiliar” que lo guíe.

Es importante aclarar que no toda persona requiere o necesita un proceso psicoterapéutico, hay quienes atraviesan crisis sin necesitar este tipo de ayuda para resolverlas; también pueden ser los amigos, la Iglesia, las enseñanzas del pasado, como también estrategias de enfrentamiento aprendidas sin la ayuda de un terapeuta lo que ayuden al sujeto a poder atravesar la crisis sin inconvenientes.

Se vuelve fundamental, entonces, hacer una lectura profesional que permita visualizar los diferentes puntos de vulnerabilidad con profundidad para trabajar en ellos, esto implica poder detectar a todas las personas afectadas más allá de las que se encuentran relacionadas directamente con el hecho, lo cual se ve posibilitado gracias a un análisis de la situación, teniendo en cuenta que la misma en su complejidad está configurada por diferentes series causales, diversas series de fenómenos que convergen entre sí.

Fiorini (2002) recomienda que lo primordial para realizar un trabajo analítico sería delimitar esa situación en su totalidad: aspectos históricos genéticos, momento evolutivo, determinantes del contexto social más amplio (económico, cultural, ideológico), aspectos caracterológicos individuales (psicodinamismos, conductas defensivas, recursos adaptativos), y la situación grupal (dinamismos, conflictos, roles, recursos).

Por su parte, Slaikeu (1988) también piensa al sujeto en situación:

la atención al contexto durante el proceso de intervención es importante porque todas las crisis involucran algún tipo de interacción entre un hombre y otro. La teoría general de los sistemas nos permite pensar en la persona en crisis y también en la familia, comunidad y sistemas culturales como un fondo para cada situación particular (p. 153)

Se plantean cuatro actividades que oficiarán de guía para el proceso de segunda intervención (Slaikeu, 1988):

a. Supervivencia física a la experiencia de crisis: se intenta que permanezcan físicamente tan bien como sea posible durante la etapa donde prima un gran monto de estrés y desorganización. Es necesario que pueda ordenar su dieta, ejercicio físico, descanso y patrones de sueño, para que sea posible trabajar sobre las demás actividades.

b. Identificar y expresar los sentimientos que la acompañan: esta actividad nace producto de experiencias psicoterapéuticas con pacientes que no han resuelto crisis anteriores por no haber expresado sus emociones en el momento primero, por lo que aparecían más adelante como trastornos somáticos, formas disfuncionales de pensar y actuar. La estrategia terapéutica principal aquí es la escucha activa, con el objetivo principal de identificar los sentimientos. Muchos sujetos pueden llegar a la falta de control y violencia física por no poder expresar lo que sienten.

c. Obtener dominio cognoscitivo de ella: el papel del terapeuta es officiar de articulador de la realidad, como también colaborar para interpretar la información confusa. Ayudará al sujeto a organizar la información, repasar los acontecimientos de la crisis, como lo sucedido antes y después de los mismos,

para luego poder trabajar lo que estos sucesos significan para el paciente. Se intentará luego ayudar en la reconstrucción, reestructuración y reubicación de lo destruido por la crisis, no es una tarea para nada sencilla, se colaborará para el desarrollo de una nueva autoimagen, nuevos conocimientos, propósitos, sueños, deseos, dotando al sujeto para enfrentar el futuro.

d. Hacer un rango de adaptaciones conductuales e interpersonales: se basa en que el cambio conductual es lo fundamental para la resolución de la crisis. Terapeuta y paciente deben discutir y decidir juntos, el primero siendo el responsable de marcar las prioridades y plantear las estrategias para el cambio. Ayuda muchas veces la comparación del funcionamiento del sujeto antes de la crisis y después de la crisis, esto puede incluir el fundamento para regresar a esa manera de funcionar o para encontrar una manera nueva de romper con lo anterior; por ejemplo en una separación, donde el sujeto puede optar por reencontrarse de una manera diferente con el cónyuge o aprender a vivir soltero después de estar casado durante años.

Según la estrategia terapéutica que se opte, se ayudará al sujeto a tratar una o más de estas actividades, como también la aplicación a la dimensión de cada crisis en particular.

Las estrategias planteadas al momento corresponden a una Intervención de Segundo Orden en general, importa ahora mencionar cómo es la intervención si estamos frente a una crisis del desarrollo vital o si se trata de una crisis traumática o repentina, ya que las mismas son más complejas y problemáticas en lo que refiere a su transmisión o formación sistemática para llevar adelante una ejecución.

Cuando estamos ante una crisis traumática, las intervenciones suelen realizarse de forma grupal. Como ocurre en el caso de catástrofes, por ejemplo cuando ocurrió el tornado en la ciudad de Dolores (Soriano), expertos de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República junto con el Ministerio de Salud Pública realizaron una intervención en Salud Mental para atender y poder evitar secuelas que puede ocasionar el suceso. Como informó el MSP en un comunicado, se atendió a los familiares de fallecidos y lesionados, como también al personal de salud que soportaron un gran estrés y tensión. Las secuelas que el tornado dejará en los Doloreños deberán ser monitoreadas a lo largo del tiempo por personal capacitado.

Una intervención de este tipo exige del técnico el compromiso de toda su persona y esto implica todo tipo de conocimientos, los cuales provienen muchas veces más de la vida cotidiana y su propia experiencia de vida, así como de su propia capacidad de intuición y entrega. Es, por lo tanto, difícil de conceptualizar y sistematizar el conocimiento. (Defey, 2000, p.1)

Ciertos abordajes terapéuticos indicados para crisis traumáticas, tales como la terapia cognitivo-conductual, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), la hipnosis y otras, cuentan con factores fundamentales como el de la exposición directa o en imaginación al evento traumático.

Frente a crisis del desarrollo si bien son crisis que pueden acompañarse de momentos de intensa angustia, conforman procesos vitales naturales que no requieren de una ayuda de emergencia como se plantea en el ejemplo anterior, sino más bien un acompañamiento o psicoterapia individual. Eventualmente el sujeto ni siquiera es consciente de estar atravesando una crisis y se dirige a consulta con otro motivo como ser trastornos en el sueño y la alimentación o sentimientos de angustia, de desgano. El tipo de terapia que se indica en este tipo de crisis son las psicoterapias breves de tiempo limitado, las psicoterapias focales, terapias que apunten al insight.

El amplio abanico de corrientes psicológicas cuentan con distintos modos de intervenir en la crisis, pero se encuentran en todas ellas denominadores en común: se busca restablecer el equilibrio interno perdido e integrar el suceso de crisis dentro de la vida de la persona para poder continuar con un proyecto de vida que ha sido obstaculizado e interrumpido.

3.6 ENCUADRE Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA DE CRISIS

Al momento de realizar intervenciones en crisis repentinas, donde prima la urgencia, se deben tener presentes determinadas maneras de actuar según Gómez-Mascaraque (2009). En primer lugar, se debe actuar con calma y seguridad. Quien entrevista debe tener un tono de voz moderado que ayude a tranquilizar a la persona. Se le debe demostrar que se tiene tiempo para escucharle, evitando siempre comentarios que desestabilicen, por ejemplo “no es buen pronóstico que demoren en dar los resultados”. Invitar a la persona a que pueda expresarse y escucharla “activamente”, facilitando que cuente sin miedo todo lo que ha pasado, piensa y siente, intentando así que ordene, asimile y acepte. El contacto físico (darle la mano por ejemplo) permite la comunicación y da sensación de seguridad, teniendo en cuenta que hay que ser capaces de evaluarlo antes de realizarlo ya que no a todas las personas les resultará cómodo, ocurriendo el efecto contrario. Se deben evitar agentes desestabilizantes, como puede ser personas que miran, opinan

sin saber, preguntan. Se deben poder manejar reacciones emocionales que pueden aparecer, como las de ansiedad, tristeza, miedo, hostilidad, pánico, shock emocional, éxodo, etc. Debemos haber generado empatía antes para facilitar la expresión de sus emociones y sea consciente de que son sentimientos normales, lo atípico es la situación.

Ya conocido el suceso de crisis, se debe acompañar a la persona a realizar la búsqueda de posibles soluciones, evaluando lo que ya hizo frente a la crisis y lo que piensa hacer o cree poder hacer, como también los posibles obstáculos que puedan surgir. Muchas veces la persona se encuentra bloqueada por el gran impacto emocional, necesitando que se la ayude a ejecutar pasos concretos. Nunca se debe dejar sola a la persona afectada, es fundamental la búsqueda de apoyo social, especialmente si son niños, discapacitados o ancianos. Se debe brindar o facilitar información sobre los trámites a seguir o recursos que le serán necesarios.

En crisis es importante trabajar con muchos recursos: literarios, con videos, fotos, etc., como forma de facilitar la comprensión. Hay que tener presente que en crisis nunca se interviene de forma individual, las alianzas múltiples son imprescindibles

Otro aspecto fundamental es la construcción de la narrativa del suceso. Cuando se genera una situación de crisis repentina se busca disminuir el impacto de la misma construyendo un relato de lo ocurrido, siendo necesario que alguien externo realice y transmita la historia oficial dándole un sentido. Para que esto sea posible, la narrativa debe contar con tres características esenciales: creíble, tolerable y piadosa. Se deben incluir todas las creencias sociales, culturales y personales alrededor de la situación vivida.

Frente a crisis del desarrollo vital la intervención se compone de pasos diferentes. En la intervención de Primer Orden se evaluará la presencia de factores de riesgo también, en caso de haber se trabajará sobre los mismos para evitarlos. Si estos factores no están presentes, se procederá a la segunda intervención: terapia de crisis.

Muchas veces sucede que el motivo de consulta resulta ser, por ejemplo, sentimientos de depresión, cuando en realidad el sujeto está atravesando una crisis.

Se recomienda iniciar una terapia del tipo psicoanalítica focal, la cual se caracteriza por enfatizar en la raíz del conflicto y define su foco en relación a dos componentes: el motivo de consulta y el conflicto nuclear. Es una terapia que, como su nombre demuestra, se basa en el marco conceptual de la teoría psicoanalítica, pero es un modo de intervención con características propias que la definen y diferencian del tratamiento psicoanalítico. Sus objetivos terapéuticos son más directos y promueve modificaciones a través de la reactivación de los recursos

adaptativos del yo. (Braier, 2009). Aunque se atiendan aspectos de la historia del sujeto, se jerarquizan los sucesos de su realidad actual.

Si bien se conoce a la psicoterapia focal como una intervención de objetivos limitados no significa que deba ser de tiempo breve, puede serlo o no.

Si la persona ya se encuentra en un proceso terapéutico de otro tipo, no significa que deba abandonarlo y optar por una psicoterapia de tipo focal, todo técnico debería poder intervenir frente a una crisis, de lo contrario sería adecuado indicar una derivación.

La definición del foco es esencial para el profesional clínico, es lo que orientará sus actividades clínicas proporcionando puntos de partida para las intervenciones. El término “foco” fue inducido por Michael Balint y sus colaboradores en 1972, con el fin de designar un encuadre psicoterapéutico limitado en tiempo y contenido.

En el psicoanálisis este concepto apunta a dos significaciones en el uso clínico, según Dahlbender, Kächele, Frevert, y Schnekenburger (1995): por un lado, “focalizar” en referencia a un modelo de trabajo y a una estrategia que pretende ordenar el mismo. Por otro lado, se habla de “foco” como hipótesis propia del material que el paciente despliega.

Puede suceder que se confunda el concepto de foco con los objetivos de la psicoterapia, pero como plantea Defey (2004), el foco refiere a qué se va a trabajar, los temas que se abordarán, mientras que los objetivos responden al para qué de la intervención, sirven de guía para el camino a seguir

Frecuentemente el eje central del foco de una psicoterapia, según Fiorini (2002) estaba dado por el motivo de consulta, el cual podía ser una situación de crisis. A su vez, aparece lo que se denomina conflicto nuclear, al cual se define como un conflicto anterior y más profundo. El motivo de consulta, el conflicto nuclear y la situación grupal, son aspectos esenciales de una situación que abarca un cúmulo de determinaciones.

El conflicto nuclear muchas veces es definido como “la araña debajo de la piedra”, haciendo referencia a “aquello que sostiene la problemática actual justamente porque no es simplemente una reacción a la misma sino que convoca aspectos generalmente pretéritos que se reactivan ante el hecho traumático”. (Defey, 2009, p. 95). Un ejemplo, el nacimiento de la primer hija para una mujer con antecedentes de abuso sexual infantil puede reeditar la situación traumática de la infancia.

Es imprescindible diferenciar los conceptos de foco, angustia y síntoma, para delimitar el abordaje terapéutico, y por ende su posibilidad de acción como también lo ético a la hora de realizar cualquier tipo de indicación.

La angustia, como sabemos, se encuentra presente en todos los sucesos críticos, ya sea una mudanza, una muerte, un despido laboral, un diagnóstico de enfermedad, casos a los cuales se les indicaría una psicoterapia focal.

Sin embargo, también se angustia un chico al que le regalan una mochila de color verde en lugar de color rojo como él quería, o el que se enfrenta al objeto que le causa fobia, o el siente un vacío existencial. Estas son angustias que provienen de una psicopatología crónica o de un cuestionamiento existencial, por ende se les indicaría otro tipo de terapia diferente a la psicoterapia focal, como pueden ser: psicoanalítica, cognitivo conductual, existencial, etc.

No sería indicada una psicoterapia focal en el caso de una mujer que siempre abandona la carrera en el momento de rendir el último examen, esto sería un síntoma de una patología mayor y crónica. Sí sería indicada una psicoterapia de tipo focal para alguien que se le derrumba el proyecto que tenía de graduarse porque pierde a su familia en un accidente automovilístico.

Una vez realizado un análisis de las dimensiones psicodinámicas de la problemática a tratar, resulta necesario definir si la terapia será de apoyo o será de insight. Esta determinación corresponde a la valoración de estructura descrita por Killingmo anteriormente.

Las terapias de apoyo de orientación psicoanalítica son definidas por Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco (2001) como equivalentes a la intervención en crisis y al respecto dicen que:

tienen su máxima indicación en sujetos psíquicamente muy afectados, que se han descompensado en forma brusca y reciente, así como en familias que han entrado en una crisis de cercana aparición. (...) De aquí la necesidad de una intervención de apoyo pronta e intensiva, con el fin de tratar de aliviar de inmediato la situación psicopatológica activada, mostrando con claridad a los participantes las posibles vías de solución existentes. (p.1014)

Se recomiendan cinco estrategias terapéuticas a seguir según Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco (2001):

1. Ayuda inmediata a los sujetos en el momento de la aparición de la crisis, con sesiones de 30 minutos aproximadamente (dependiendo de la exigencia del suceso). Esta primera sesión debe tener lugar en el hogar del sujeto en crisis, con el objetivo principal de reducir sentimientos de soledad, desvalimiento, y desesperanza.
2. Definir el trastorno o conflicto objeto de la consulta como una crisis. Se deben incluir a todos los miembros del grupo familiar, evitando depositar responsabilidades en un único sujeto

3. Centrarse en eventos del presente y hechos cercanos al suceso de crisis
4. Si el equipo médico considera necesario, se deben utilizar psicofármacos para controlar de inmediato y eficazmente la ira, angustia, tensión o pánico.
5. Búsqueda de la catarsis en todos los miembros del grupo familiar, responsabilizándolos (sin aumentar la angustia ni la culpa) en alguna labor que contribuya para una salida positiva de la crisis

Las terapias de insight corresponden a psicoterapias dinámicas breves, donde el sujeto es visto una o dos veces a la semana, “alentando la libre asociación y ofreciendo interpretaciones dinámicas ocasionales, generalmente centradas en los fenómenos transferenciales más superficiales y más cercanos al yo” (Sánchez Barranco, 2001, p.1015). Se trata de ligar los hechos del presente con los del pasado, especialmente con los que se hayan expresado de forma inconsciente en dicho proceso. La terapia se extiende un año o año y medio.

Como forma de resumir, Defey (2009) agrega:

Un abordaje de apoyo mal indicado puede aumentar las resistencias de un paciente a comprender sus problemáticas, o bien reafirmar una tendencia a la excesiva dependencia. Por otro lado, un abordaje de insight mal indicado puede resultar abrumador en alguien que se encuentre transitando una crisis y no tenga energías ni posibilidades de comprender o analizar, sino que solamente pueda adaptarse mínimamente para sobrevivir a la situación (p.42)

3.7 SEGUIMIENTO

Lo principal será establecer un procedimiento adecuado que permita evaluar el progreso obtenido luego de realizadas las intervenciones pertinentes. Se deberá especificar a los involucrados que posteriormente estaremos en contacto con ellos, ya sea de manera presencial o telefónicamente para verificar lo anteriormente mencionado. Para que esto pueda llevarse a cabo de forma correcta es necesario especificarles quien llamará o visitará a quién, el momento en el que se realizará y el lugar de contacto.

El propósito de este último paso de la intervención en crisis es determinar si los objetivos planificados en un principio han logrado realizarse. En relación a esto, Defey (2004) detalla:

sobre el final del tratamiento, paciente y terapeuta revisan los objetivos propuestos inicialmente y evalúan cuántos y cuánto ha sido logrado, esta

evaluación da al técnico una retroalimentación de su trabajo que le permite perfeccionarse, corrigiendo sus errores y reafirmando sus aciertos. Para el paciente por su parte, es importante poder saber cuánto ha podido resolver y percibir el proceso terapéutico como una Gestalt que se completa, a su vez esta práctica permite recordar al paciente cuales son las áreas que han quedado inexploradas o fueron insuficientemente resueltas y que constituyen por lo tanto sus zonas de peligro que debe conocer y en lo posible rever. (p.44)

En base a lo anterior es necesario observar si el proceso se realizó de forma adecuada por lo que estaría completo, o si de lo contrario se deben explorar las dimensiones del problema, analizando nuevamente la situación y pensando nuevas posibles soluciones, acciones concretas y seguimiento.

3.8 UN EJEMPLO DE CRISIS Y SU INTERVENCIÓN

El siguiente caso constituye un ejemplo de las situaciones de crisis repentinas con una intervención oportuna y correspondiente a la indicación y técnica. Se trata de una mujer en crisis a la que se pudo auxiliar y sostener al momento de recibir el resultado de unos estudios médicos. El suceso tiene lugar en una mutualista y la intervención es realizada por el médico que le entrega los análisis y posteriormente por una psicóloga médica.

Se señalan también las intervenciones contraindicadas. Es importante aclarar que el siguiente caso no está basado en hechos reales.

CASO:

Una mujer de 55 años llamada Estela, se dirigió a la mutualista para retirar unos estudios que se había realizado el mes anterior. Entró a consulta, el médico se los entregó y comenzó a transmitirle que le habían diagnosticado cáncer de mama. Al verla muy nerviosa, intentó calmarla diciéndole que es un cáncer muy común en Uruguay y que además existen varios tratamientos que se le podían indicar. La consultante quedó en shock, no esperaba esa noticia. No pudo acotar ninguna palabra al respecto y su expresión facial cambió de inmediato, se mostraba muy angustiada. El médico le ofreció acompañarla con un psicólogo médico de la mutualista.

Estela finalmente aceptó ser acompañada para asistir a consulta con la psicóloga médica de guardia. Se mostraba sumamente tensa, angustiada y con miedo, como expresó ella. Dijo que al ver los estudios lo primero que recordó fue la muerte de su madre cáncer y eso la “destruyó”.

La entrevistadora (siempre con un tono de voz cálido y sereno) le comenzó a explicar que si bien el cáncer de mama se define como una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama, constituye el cáncer más frecuente de la mujer en el Uruguay, con una tasa ajustada del 71,4 en el período del año 2002 al 2006, lo cual representa 800 casos por año.

Favorablemente y gracias a la gran difusión del screening (examen de rutina realizado a una población asintomática para la detección de enfermedad), en este caso la mamografía, cada vez se logra el diagnóstico en etapas más tempranas. Y gracias a la variedad de estrategias terapéuticas, como ser la cirugía, hormonoterapia, quimioterapia y radioterapia, se ha contribuido a una mejora significativa en el pronóstico de la enfermedad, posibilitando en la actualidad lograr sobrevividas superiores a 70% a cinco años.

Las decisiones sobre cuál es el mejor tratamiento se toman de acuerdo con el resultado de determinadas pruebas que proveen información sobre los siguientes aspectos: la rapidez con que crece el cáncer, la probabilidad de que el cáncer se distribuya por todo el cuerpo, la eficacia de ciertos tratamientos y la probabilidad de que el cáncer vuelva. En el peor de los casos tendría que realizarse una cirugía para extirpar la mama afectada, es un órgano bilateral y extraerlo no afectará las funciones vitales.

Se le mostró un pronóstico más positivo y prometedor, lo cual influyó significativamente en el estado de ánimo de la consultante, al comienzo se mostró angustiada y con miedos.

En la intervención, ella priorizó disminuir la ansiedad de la consultante brindando información. Contrastó sus fantasías con realidades científicas, tratando al mismo momento de empatizar con lo que la mujer expresaba. No generó falsas esperanzas sino que habló acerca de los tratamientos que existen o la posibilidad de extirpar la o las dos mamas, como peor pronóstico. Le recomendó que la información acerca de su diagnóstico no debe ser extraída de cualquier fuente, si lo quiere realizar en Google debe ser en el académico, evitando leer artículos que no tienen información científica sino datos erróneos que generarán mayor ansiedad y preocupación. También se le recomendó que asista con su familia, como forma de tender redes sociales que lo apoyen y porque los familiares también tienen fantasías, miedos, ansiedades que se deben trabajar.

Sería contraindicado que la entrevistadora hubiese realizado preguntas que generaran mayor ansiedad en Estela o que abrieran heridas. Por ejemplo, preguntarle qué pensaba del cáncer, que le contara sobre la muerte de su madre (por cáncer), qué otras cosas graves (asegurando que lo que le sucede es grave) le

habían sucedido anteriormente. No hubiese sido indicado tampoco que se le recomendara tener un encuentro por semana para trabajar sobre lo que le preocupa y hablar sobre la muerte de su madre.

4. REFLEXIONES FINALES

Autores pioneros en la temática de crisis, como Erikson, Caplan, Kaës, Slaikeu, plantean que un suceso de crisis aparece tanto por causas externas (situaciones o accidentes) como internas (maduracionales) y coinciden en que “cada crisis representa tanto la oportunidad de un desarrollo como el peligro de un deterioro psicológico.” (Caplan, 1985, p.69).

Las crisis nos enfrentan con situaciones que irrumpen en la vida y en el psiquismo del sujeto y exigen ser procesadas; produciendo ruptura cognoscitiva, afectiva, social en tanto roles asumidos y adjudicados, biológica en aquellos casos de crisis por el desarrollo. (Bochar, 2000, p.193)

Desde el punto de vista orgánico, Moffatt (1982) agrega que este proceso de desorganización del sujeto se expresa a través de la angustia vivida corporalmente, la cual es acompañada de trastornos cardio-respiratorios, ahogos, sensación de “nudos” en el estómago y la garganta, y un estado general de hipercontracción muscular.

Se generan modificaciones en la cultura, los tiempos se han acelerado y aparecen nuevas demandas sociales que uno debe conocer, ya que muchas veces surgen crisis del desarrollo por no responder a mandatos sociales en la etapa del desarrollo que se espera.

Hace años se buscaba el apoyo y sostén en la sociedad, familiares, amistades, la Iglesia, vecinos y otros, pero actualmente los modos de vida han cambiado, las familias generalmente son nucleares o están geográficamente dispersas, de modo que se vuelve necesaria la intervención por profesionales de la Salud Mental.

En lo que refiere a la población uruguaya, fue de suma importancia que comenzara a regir el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS (2011), donde se estableció que todos los servicios de salud, ya sean públicos o privados, deben contar de forma obligatoria con un abanico de prestaciones en Salud Mental, siendo accesible a todos los usuarios del sistema. Apunta a la

realización de intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental, donde se incluyen los casos de crisis, logrando así atender y evitar la cronificación de los mismos.

En lo que refiere a la Intervención de Segundo Orden o Terapia de Crisis, se cree que la Terapia psicoanalítica focalizada sería la indicación más acertada, debido a que sus objetivos terapéuticos son más directos y promueve modificaciones a través de la reactivación de los recursos adaptativos del yo (Braier, 2009), y aunque se atiendan aspectos de la historia del sujeto, se jerarquizan los sucesos de su realidad actual.

Focalizar significa hacer foco, el cual refiere a: qué se va a trabajar, los temas que se abordarán, mientras que los objetivos responden al para qué de la intervención, sirven de guía para el camino a seguir (Defey, 2004)

De todas formas, como ya se planteó en el desarrollo del trabajo, existe un amplio abanico de corrientes psicológicas que cuentan con distintos modos de intervenir en la crisis, pero todas comparten la búsqueda del equilibrio interno perdido y la integración del suceso de crisis dentro de la vida de la persona para poder continuar con un proyecto de vida que ha sido obstaculizado e interrumpido. Montado (1995) agrega:

tampoco hay una sola clínica sino una casi infinita gama de situaciones humanas que se nos presentan cotidianamente. De modo que no es posible tampoco pretender que un modelo sea mejor que otro, si no es por su sintonía con las características del paciente y por el bienestar que su asistencia puede procurarle. (p.50)

Asiduamente se comete el error de utilizar indistintamente el término “crisis” del término “trauma”, como si fuesen exactamente lo mismo. Autores dedicados a estudiar el trauma, expusieron conceptualizaciones desde su punto de vista. Si bien algunos destacan el aspecto externo del trauma y otros el interno, comparten que es provocado en la conjunción de ambos aspectos. **Freud** en un principio conceptualizó al trauma como un exceso de excitación que no podía ser integrado ni derivado. Pero tiempo después se fue alejando de esta concepción y planteó al trauma como aquello que surge de la unión entre lo externo y lo interno. **Laplanche** lo conceptualizó como algo meramente externo con características intensas, lo cual provoca trastornos y efectos patógenos. **Echeburúa** hace referencia a una reacción psicológica que deriva de un suceso traumático, un suceso con connotaciones negativas y de carácter repentino, que genera consecuencias dramáticas. **Benyakar** y **Lezica**, prefirieron no hablar de situaciones traumáticas sino de situaciones disruptivas, señalando que una situación nunca puede ser traumática de por sí.

Si un suceso de crisis no es atendido mediante una intervención inmediata, probablemente se provoque un trauma. Esto sucede en las crisis traumáticas, difícilmente una crisis del desarrollo culmine en trauma.

La angustia y sufrimiento luego de un suceso de crisis son sentimientos esperables, no deben considerarse trastornos psicopatológicos. Son situaciones normales ante sucesos anormales. Se debe intervenir sin patologizar.

Este trabajo no pretende ser un estudio o revisión acabada sobre la temática de crisis e intervención, por lo que se recomienda poder estudiar sobre el período posterior a la crisis, con el objetivo de prevenir patologías que pueden surgir a los 6 meses aproximadamente, como ser: duelo patológico, Trastorno por estrés agudo, crisis de angustia, síndrome de fatiga crónica, Trastorno por estrés postraumático (TEPT), cuadro disociativo, síndrome de culpa del superviviente, otros. Como también ampliar en las patologías de déficit y de conflicto, sobre las cuales se realiza una introducción en el capítulo llamado "Crisis y Trauma".

Se considera importante también poder ampliar en la temática de crisis traumáticas relacionadas al intenso trabajo que le toca realizar al técnico, ya que el trabajo en situaciones límites de la vida exige un gran compromiso, lo cual implica un amplio conocimiento en la temática ya sea teórico o proveniente de sus propias experiencias de vida, como también de su capacidad de entrega e intuición. Sin embargo, llega un momento en que es necesario poder poner un límite a esa entrega porque quien está al sostén de ese otro en un suceso traumático, la transita en paralelo al punto de fusionarse y sentir la intensidad de la misma, la entrega y dedicación llegan a su máximo nivel. El inconveniente surge en decidir cuándo y cómo poner ese límite, Defey (2000) cree que se encuentra en el justo balance entre omnipotencia y humildad. Habla de balance porque, si bien se debe ser omnipotente para intervenir en este tipo de casos, sólo se necesita una cierta cuota de omnipotencia, lo mismo ocurre con la humildad. Quien interviene tiene que creer que va a poder ayudar y sostener a ese otro, cargándolo para que no decaiga en los momentos más críticos, como también saber que no es dueño de la vida de la persona, las decisiones deben ser tomadas mediante una mirada interdisciplinaria. En crisis nunca hay que intervenir solo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Alvarado, L., Biedermann, K. y de la Parra, G.** (2008), *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)*. Barcelona: Herder Ed., S.L.
- **Benyakar, M. y Lezica, Á.** (2005) *Lo traumático, Clínica y paradoja: el proceso traumático*. Tomo 1. Buenos Aires: Biblos
- **Bochar, J.** (2000) Un abordaje psicoanalítico de la intervención en crisis. En V Jornadas de psicología Universitaria (pp.193-195) Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República
- **Braier, E.** (2009), *La psicoterapia focal y breve: rasgos distintivos*. Recuperado de http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_03.pdf
- **Caplán, G.** (1985) *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós
- **Dahlbender, R. Kächele, H. Frevert, G y Schnekenburger. S** (1995), La formulación formal del foco en la psicoterapia. En Defey, D, Elizalde, J, Rivera, J. *Psicoterapia Focal, Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*. Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **Defey, D.** (2000) *Los límites de la vida: aportes para una teoría de la técnica de la intervención en crisis traumáticas*. Recuperado en: Bibliografía de “Capacitación en intervención en crisis”, curso 2015, Ágora (Centro de Intervenciones Psicoanalíticas)
- **Defey, D.** (2004) *Vidas en crisis: la técnica de la psicoterapia focal psicoanalítica en vivo*. Pelotas: EDUCAT.
- **Defey, D.** (2009) *Psicoterapia focal psicoanalítica: intervención en crisis*. En Rodríguez Nebot, J. (Comp.), *Técnicas psicoterapéuticas, abordajes polisémicos*. Montevideo: Psicolibros Universitario
- **Delahanty, G.** (s.f) *Modelo de Intervención en crisis en situaciones de catástrofe*. En VI Jornadas de Psicología Universitaria, *La Psicología en la realidad actual* (2003). Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

- **Echeburúa, E.** (2004) *Superar un trauma, el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámides
- **Erikson, E.** (1958) *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós
- **Fiorini, H.** (2002) *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión
- **Freud, S.** (1939) Moisés y la Religión Monoteísta. En *Obras Completas, Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis y otras obras*. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- **Freud, S.** (1976) Inhibición, Síntoma y Angustia. En *Obras Completas, Contribución a la historia del movimiento Psicoanalítico y otras Obras*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- **Gómez-Mascaraque, F. y Corral, E.** (2009) *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Arán
- **Kaës, R. y otros** (1979) *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Buenos Aires: Ediciones Cinco
- **Killingmo, B.** (1989) *Conflict and deficit: Implications for technique*. Journal Psycho-Analysis. Londres: (s.n.)
- **Laplanche, J.** (2005) *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- **Lent, C.** (s.f.) Hay crisis y crisis. *Revista Argentina de Psicología Nº15*. Recuperado en: Bibliografía de “Capacitación en intervención en crisis”, curso 2015, Ágora (Centro de Intervenciones Psicoanalíticas)
- **Levinson, D.** (1986) *A conception of adult development*. American Psychologist. Vol. 41, No. 1
- **Médici de Steiner, C.** (s.f.) *Concepto de Crisis*. Recuperado en: Bibliografía de “Capacitación en intervención en crisis”, curso 2015, Ágora (Centro de Intervenciones Psicoanalíticas)
- **Moffatt, A.** (1982) *Terapia de Crisis*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda

- **Montado, G.** (1995) Fundamentos de las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica. En Defey, D., Elizade, J. y Rivera, J. Psicoterapia Focal. Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional integrado de salud** (2011). Ministerio de Salud Pública, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción y Prevención. Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado en:
file:///C:/Users/leonardo/Downloads/Plan_Salud_Mental_Agosto_2011%20(6).pdf
- **¿Qué reacciones pueden tener los niños y adolescentes ante traumas por desastres?** Recuperado de <http://www.elobservador.com.uy/que-reacciones-pueden-tener-los-ninos-y-adolescentes-traumas-desastres-n899891>
- **Real Academia Española** (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Recuperado de <http://www.dle.rae.es/?id=BHwUydm>
- **Sánchez-Barranco Ruiz, A. y Sánchez-Barranco Vallejo, P.** (2001). Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. España.
- **Slaikeu, K.** (1988) *Intervención en crisis*. México: El Manual Moderno S.A.
- **Tutté, J. C.** (s.f.) El concepto de trauma psíquico, un puente en la interdisciplina. En *Aperturas Psicoanalíticas, Revista internacional de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000382>
- **Varela, B., Alonso, R., Galain, A., Ibáñez, A. y Abreu, M.** (2011) Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (pp. 110-122)