

INTERVENCIÓN Y PSICOTERAPIA EN CRISIS EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS

(para psicólogas/os clínicos y psicoterapeutas)

Claudio Martínez Guzmán, PhD
Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta
Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico
Profesor Titular Universidad Diego Portales
Investigador MIDAP/ Director CEPPS-UDP

Santiago, Abril 2020

INTERVENCIÓN Y PSICOTERAPIA EN CRISIS EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS (para psicólogos clínicos y psicoterapeutas)

La pandemia por el COVID-19 está poniendo a prueba las capacidades físicas y psíquicas de toda la población. Los efectos directos debidos a la infección, pero sobretodo los efectos asociados tales como el aislamiento, la exposición a noticias sobre el creciente número de víctimas fatales, las exigencias tele-laborales, la convivencia en espacios reducidos y la incertidumbre económica, constituyen aspectos que sin duda desborden los mecanismos de afrontamiento de las personas. A pesar que todas estas situaciones no afectan a todas las personas de la misma manera, de todas formas es esperable que muchos y muchas vean sus capacidades psíquicas sobrepasadas y comiencen a sentir y padecer síntomas psicológicos importantes.

Siguiendo los cientos de *tips* que diariamente aparecen en las redes sociales, páginas web de sociedades científicas, o mensajes de bienintencionados profesionales de la salud mental en matinales de televisión, lo más probable es que la mayoría de la población no presente síntomas o no considere necesario pedir ayuda profesional. Sin embargo, un grupo de personas que, ya sea por vulnerabilidades personales o por razones contextuales (ej. trabajadores de la salud), sí presentará síntomas y requerirán de apoyo psicológico de un tercero competente.

Este documento está dirigido a esos terceros competentes y, en consecuencia, solo pretende entregar sugerencias, consejos y subrayar aspectos importantes del apoyo psicológico en situaciones de crisis. En ningún caso pretende suplir la experiencia y conocimientos que una o un terapeuta bien entrenada/o posee.

CRISIS

En términos amplios podemos decir que desde el punto de vista psicológico, una gran parte de la humanidad se encuentra hoy en día en una situación de crisis. Y una crisis se define como:

“La repercusión psicológica a situaciones vitales complejas o no, pero que son experimentadas dolorosamente por el individuo, ya sea por las características del evento o por diversos factores individuales, conscientes e inconscientes. Para enfrentar y protegerse en esta situación la persona utiliza mecanismos que le ayudan a aliviar su molestia para, eventualmente, volver a restablecer su equilibrio emocional previo”
(Martínez, 2000).

Según esta definición, una crisis es algo a lo que las personas se ven enfrentadas en muchos momentos de sus vidas y, habitualmente, las superan con sus personales e idiosincrásicas maneras de enfrentar situaciones difíciles. Así, ya sea por las características de ciertos eventos (ej. pandemia) y/o por características individuales, o la combinación de ambos aspectos, puede ocurrir que las personas vean superadas estas capacidades y requieran de un apoyo psicológico.

Los y las psicólogos/as clínicos/as y psiquiatras entrenados/as en psicoterapia somos profesionales altamente capacitados/as y calificados/as, expertos/as en proporcionar intervenciones eficaces para una serie de problemas de salud mental, incluido el estrés. Un o una terapeuta puede ayudar a manejar el estrés y la ansiedad utilizando su experiencia y técnicas basadas en las mejores investigaciones disponibles. Pero sobretodo, somos capaces de -hasta cierto punto- utilizar nuestros propios miedos y ansiedades para comprender y empatizar con las angustias y temores de nuestros/as pacientes.

CONDICIONES MATERIALES PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA

El desafío adicional que hoy en día tenemos, es que la necesaria distancia y aislamiento social a la que estamos la mayoría obligados nos ha llevado a tener que utilizar vías tecnológicas para comunicarnos y atender a las necesidades psicológicas de nuestros/as pacientes. Hay diferentes plataformas que podemos utilizar (zoom, FaceTime, Skype, celular, etc.) y cada uno/a decidirá qué es lo que mejor le acomoda y acuerda con sus pacientes.

Por redes sociales y profesionales circulan varios protocolos de atención psicológica online con consejos y sugerencias que si bien son útiles, muchas de estas recomendaciones se basan en condiciones ideales que la realidad chilena no cumple. **La realidad nacional nos indica que no todas las personas tienen una conexión a internet estable, y menos aún en momentos de una alta saturación de líneas y dispositivos conectados. Por otro lado, no todas las personas tienen las posibilidades de estar en un lugar tranquilo, bien iluminado, sin bulla e interrupciones a la hora de ser atendido por su terapeuta.** Menciono estas dos características, porque las encontrarán en todos los protocolos, pero probablemente son las más difíciles de lograr. **Obviamente, ambos aspectos son muy importantes e idealmente podemos solicitarles a las personas que cumplan con ellos, pero sugiero que no sean exigencias poco razonables. ¡El sentido común es lo último que debemos perder los terapeutas!**

Sin embargo, ambas condiciones las debemos cumplir nosotros si queremos mantener u ofrecer nuestra ayuda profesional. **El respeto y la ética de nuestro trabajo nos obliga a mantener condiciones mínimas de encuadre que incluyan confidencialidad, privacidad y un canal aceptable de comunicación** (Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

CARACTERÍSTICAS DE UNA CRISIS

Al hacer una intervención en crisis es importante que los/as clínicos/as evalúen las dos principales características de toda crisis: **los eventos desencadenantes y las estrategias de enfrentamiento.**

Un evento desencadenante es una situación aguda o prolongada que amenaza el equilibrio psicológico de una persona. Puede estar relacionado con cambios del entorno físico (ej. desastres naturales); la esfera socio-familiar (ej. pérdida de un ser querido); o la esfera biológica (enfermedad grave). En este caso, **la pandemia por el COVID-19 se ha transformado en ese evento desencadenante que, además de ser universalmente estresante, reúne efectos en diversas áreas del funcionamiento humano** (ej. pérdidas de seres queridos, enfermedades, incertidumbre, confusión, aislamiento social, pérdidas laborales, etc., etc.) , las que, además, pueden observarse todas al mismo tiempo en una sola persona.

Los mecanismos de enfrentamiento, por su parte, constituyen todos los procesos psicobiológicos que sirven para mantener o restablecer el equilibrio psicológico. Incluyen,

por supuesto, las estrategias defensivas conscientes o inconscientes que todos tenemos y utilizamos, lo sepamos o no.

Además de estas dos características, el/la profesional clínico debiera explorar y profundizar en el significado que esta crisis tiene para la persona. Normalmente, frente a un evento universalmente estresante, **el significado personal actúa como una variable mediadora entre ese evento y la eventual resolución.** Esto implica, explorar y profundizar en las características contextuales y personales de los individuos. Un evento de esta naturaleza puede significar una pérdida material, humana, de planes futuros, de oportunidades, etc., pero también puede gatillar conflictos relacionales, movilizar temores no conscientes, entre otros. **La relación entre el evento desencadenante, el significado personal y los mecanismos de enfrentamiento puede estar mediada por las características de personalidad de un individuo, por su forma de relacionarse, estilo de apego, manejo de los afectos, por las características de la familia, por su cultura y creencias, etc., etc.**

En definitiva, con lo de significado personal me refiero a todo aquello que caracteriza la subjetividad de un individuo: identidad, contexto familiar, personalidad, trayectoria vital, etc. Es decir, todo aquello que los/as clínicos/as y terapeutas solemos explorar con tiempo y tranquilidad, pero que en este contexto evaluaremos sin salirnos del foco de la crisis.

CLÍNICA DE LA CRISIS

Es comprensible que el distanciamiento y aislamiento social, incluida la separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad y la reducción de los ingresos, estén llevando a algunas personas a experimentar sentimientos de ansiedad, aburrimiento, frustración y miedo.

Cuando un evento que produce una crisis psicológica supera los mecanismos y estrategias que una persona suele utilizar para manejar sus efectos, lo habitual es que aparezcan síntomas psicológicos o reacciones comportamentales de diferente tipo, tan diversas como el ser humano. Sin embargo, aquí nos podemos concentrar en lo más habitual que solemos observar.

ESTRÉS

El concepto suele referirse a la naturaleza de una experiencia que resulta de la interacción de una persona con su contexto. Esta experiencia estimula reacciones fisiológicas -nivel de arousal o excitabilidad- y reacciones psicológicas (ej. sensación de agobio). Los estresores pueden ser pequeños o grandes y los eventos, negativos o positivos.

En este caso el evento y el estresor parecieran estar identificados. Pero como planteé anteriormente, existen muchas variables mediadoras que nos explicarán o nos permitirán comprender la magnitud o severidad de algunas de las formas clínicas más comunes de presentarse el estrés. En otras palabras, cualquier persona se puede estresar, con mayor razón en la situación de pandemia que estamos viviendo, pero no todas presentarán síntomas que requieren ayuda psicológica. La mayor parte de las personas logran manejar su nivel de estrés y los parámetros de sanidad mental dentro de márgenes tolerables.

Sin embargo, ya sea por vulnerabilidades individuales o por los niveles de exposición a la fuente de estrés (ej. trabajadores/as de la salud de primera línea), un grupo importante de individuos presentará síntomas y necesitará una intervención psicológica especializada.

Algunos modelos de atención psicológica, como el **modelo TAS** (Triage Assessment System; Myer, Williams, Ottens, & Schmidt, 1992; Myer, 2001), proponen que las reacciones a los eventos de crisis pueden ser agrupadas en tres dominios y valoradas por los/las profesionales de acuerdo a su severidad:

1. **Dominio Afectivo:** Las reacciones más habituales y que deben ser evaluadas son:
 - a. Rabia / hostilidad
 - b. Ansiedad / miedo
 - c. Tristeza / melancolía

Frente a una situación de estrés, los y las pacientes expresan con frecuencia una combinación de estos afectos, pasando de uno a otro con mucha facilidad. Se sugiere determinar la emoción que adquiere más presencia e intensidad, o bien la que aparece con mayor frecuencia. El nivel de severidad en el plano afectivo puede ser evaluado siguiendo los siguientes criterios:

Ninguno	Mínima	Bajo	Moderada	Marcada	Severa
Animo estable con variaciones normales de afectos apropiados al funcionamiento diario.	Afectos apropiados a la situación. Experimenta breves períodos de ánimo levemente más negativo. Emociones están bajo el control del individuo.	Afectos apropiados a la situación, pero incrementados en períodos más largos. Experimenta afectos negativos levemente más intensos de lo adecuado. Percibe que sus emociones están bajo su control.	Los afectos pueden ser incongruentes con la situación. Períodos más extendidos de ánimo negativo. Afectos son experimentados como más intensos de lo adecuado. Puede haber labilidad emocional y requiere esfuerzo para controlar las emociones.	Afectos negativos experimentados marcadamente más elevados de lo adecuado a la situación. Afectos son obviamente incongruentes con la situación. Oscilaciones pronunciadas del ánimo. La arremetida de emociones negativas son percibidas fuera de su control volitivo.	Descompensación emocional evidente. Los afectos negativos lo inundan y desbordan. Pueden aparecer afectos percibidos crepuscularmente.

2. **Dominio Comportamental:** Las reacciones conductuales de las personas bajo estrés que aparecen más habitualmente son:

- Inmovilidad. Sensación de parálisis o de sentirse estancado, sin poder hacer nada para enfrentar la crisis.
- Evitación. Hay un intento activo para escapar o hacer un bypass a los problemas asociados con la crisis. Un extremo puede ser la negación de la situación.
- Aproximación. Reacciones donde hay un intento activo por enfrentar los problemas resultantes de la crisis.

El nivel de severidad en el plano comportamental puede ser evaluado siguiendo la tabla:

Ninguno	Mínima	Bajo	Moderada	Marcada	Severa
La conducta de enfrentamiento es apropiada a las características de la crisis. Logra ejecutar aquellas tareas necesarias para el funcionamiento diario.	Ocasionalmente utiliza conductas de enfrentamiento poco efectivas. Logra ejecutar las tareas cotidianas, pero lo hace con un notable esfuerzo.	Ocasionalmente utiliza conductas de enfrentamiento poco efectivas. Es negligente en realizar algunas tareas cotidianas y su funcionamiento está notablemente comprometido.	Despliega conductas de enfrentamiento que pueden ser poco efectivas y/o maladaptativas. Su habilidad para realizar tareas cotidianas está notablemente comprometida.	Despliega conductas de enfrentamiento que con probabilidad pueden exacerbar la crisis. Su habilidad para realizar tareas cotidianas está marcadamente ausente.	La conducta es errática e impredecible. Su comportamiento puede ser dañino para sí mismo o para los demás.

3. **Dominio Cognitivo:** Las reacciones en este dominio son:

- a. **Trasgresión.** Se entiende lo ocurrido como una ofensa para “mí y los míos” y se percibe como ocurriendo en el presente, en el “aquí y ahora”. Las teorías conspiracionistas favoritas se anidan aquí.
- b. **Amenaza.** Es percibido como algo potencial, como algo que podría ocurrir en un futuro no lejano. La percepción es que lo peor aún no ocurre y que una catástrofe inminente se avecina.
- c. **Perdida.** Se entiende lo ocurrido como algo pasado e irrevocable. Se percibe lo ocurrido como sin remedio, como algo que ya no tiene vuelta atrás y es irrecuperable.

El nivel de severidad en el plano cognitivo puede ser evaluado siguiendo la tabla:

Ninguno	Mínima	Bajo	Moderada	Marcada	Severa
La capacidad de concentración está intacta. Despliega con normalidad su capacidad de resolver problemas y tomar decisiones. Su percepción e interpretación de la crisis calza con la realidad de la situación.	Sus pensamientos pueden estar enfocados en el evento crítico, pero el foco de pensamiento está bajo su control. Su habilidad para resolver problemas y tomar decisiones están levemente afectadas. Su percepción e interpretación de la crisis calza sustancialmente con la realidad de la situación.	Ocasional pérdida de concentración. Percibe una disminución del control de sus pensamientos sobre la crisis. Experimenta recurrentes problemas con su habilidad para resolver problemas y tomar decisiones. Su percepción e interpretación de la crisis pueden diferir en algunos aspectos con la realidad de la situación.	Frecuentes pérdidas de la concentración. Frecuentes pensamientos intrusivos acerca del evento desencadenante de la crisis y escaso control sobre ellos. Su habilidad para resolver problemas y tomar decisiones se encuentra afectada por dudas y pensamientos obsesivos. Su percepción e interpretación de la crisis pueden diferir notablemente con la realidad de la situación.	Inundado por pensamientos intrusivos acerca de la crisis. Su habilidad para resolver problemas y tomar decisiones se encuentra marcadamente afectada por dudas, pensamientos obsesivos y confusión. Su percepción e interpretación de la crisis pueden diferir sustancialmente con la realidad de la situación.	Su percepción y pensamientos sólo se concentran en la situación de crisis (estado crepuscular). Extremadamente afectado por pensamientos obsesivos, dudas y confusión que su habilidad de resolver problemas y tomar decisiones ha colapsado. Su percepción e interpretación de la crisis pueden diferir sustancialmente con la realidad de la situación que amenaza su propia seguridad.

El modelo propuesto más arriba es sólo una guía que puede ayudar a valorar estas áreas del funcionamiento psicológico, pero el o la terapeuta deberá estar al día con criterios diagnósticos para el estrés agudo, trastorno adaptativo, sintomatología depresiva más frecuente, etc.

RIESGO SUICIDA

Los/as terapeutas debieran estar en conocimientos sobre valoración de riesgo suicida, especialmente de la relación entre factores protectores y factores de riesgo.

Aunque es más excepcional, las personas sometidas a intensos niveles de estrés puede entrar en un proceso suicida por diferentes razones. Puede ocurrir que la prolongación de la situación estresante active vulnerabilidades individuales (biológicas o psicológicas, o ambas) y que ya sea por acumulación de situaciones estresantes (ej. personal de salud testigos de muertes) o bien por una situación aguda (ej. muerte de un ser querido en la pandemia), se gatille un proceso suicida que rápidamente pase de la ideación a la acción.

Es importante recordar que la conducta suicida está asociada a una enfermedad mental de base -depresión, bipolaridad, esquizofrenia-, solo en un 60-70% de los casos. Al menos hay un 30% de personas en las que otros factores pueden tener un peso mayor que el ánimo depresivo. **La desesperanza y la pérdida de sentido de la vida es un sentimiento muy humano que podría fácilmente instalarse en condiciones como las actuales, aún sin una depresión propiamente tal.**

Especial consideración en la evaluación de riesgo suicida se debe tener frente a grupos de mayor riesgo como son migrantes y personas de la diversidad sexual y de género (Tomicic et al, 2016). Sabemos que las minorías suelen ser grupos más aislados, con menos apoyos comunitarios y que se ven fácilmente expuestos a violencia y discriminación cuando los grupos mayoritarios se ven amenazados por la incertidumbre y amenazas externas como el COVID 19.

Otro grupo de mucho riesgo en estos momentos son los trabajadores y trabajadoras del área de la salud (médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as). La presión asistencial probablemente mantiene a estas personas bajo un nivel de demanda y estrés excepcional, lo que puede ser una base sobre la que se activen vulnerabilidades individuales. El riesgo adicional para el caso del personal de salud, es que cuentan con todas las herramientas para quitarse la vida sin dolor.

FACTORES PROTECTORES

Al evaluar riesgo suicida, no solo debemos explorar los factores de riesgo, sino sobre todo aquellos aspectos que pueden proteger a un individuo y convertirse en “razones para vivir” (Martínez, Gálvez, Quiroz, Vicencio, & Tomicic, 2014). Sabemos que el deseo de morir muchas veces aparece cargado de una fuerte ambivalencia, lo que abre una puerta para la ayuda externa (Martínez, 1999).

Uno de los principales factores que proveen protección contra este comportamiento son las interacciones con otros significativos. La presencia de vínculos amorosos y de apoyo - familiares, amigos/as, parejas-, pueden ser aspectos protectores aunque no estén cerca físicamente. **Contar con habilidades sociales, confianza en uno/a mismo/a, capacidad para pedir ayuda y tolerancia a los cambios, también pueden ser aspectos de personalidad que ayudan a sostener los quiebres emocionales.** Algunos/as autores/as han considerado que **el tener un sentido de vida, un sentimiento de trascendencia, puede ser un potente factor protector del suicidio** (Martínez et al, 2014). Por su parte, investigaciones han mostrado que cierto tipo de ideación suicida puede tener un potencial factor protector en la medida que puede ser auto-calmante y ayudar a la cohesión narcisista del sujeto. **Se plantea que sostener fantasías suicidas puede ser útil como una forma de regular la angustia mental, ayudando a disminuir la desesperanza** (Maltsberger, Ronningstam, Weinberg, Schechter, & Goldblatt, 2010).

Cada uno de estos factores debe ser evaluado por el o la profesional, ya que muchas veces la presencia de estos aspectos no es suficiente y debemos ayudar a el o la paciente a reflexionar sobre estos elementos, ayudándole a mantenerlos disponibles en su mente. Recuerden que el agobio y la desesperanza van estrechando el campo de conciencia de las personas, de modo que una de nuestras principales labores es la de ampliar el alcance de sus pensamientos sin mentiras piadosas o palabras de lástima, sino con la honestidad y el respeto del diálogo con un otro. El o la paciente tiene todo el derecho a querer morir y nosotros todo el derecho a no querer que se muera. Explicitar ambas posiciones nos coloca en una tensión necesaria y vital. En mí experiencia, mientras percibamos esa tensión hay una relación humana significativa instalada. Si decae, probablemente el riesgo aumenta.

Como siempre, la evaluación, valoración y actuaciones en todos estos casos y situaciones debiera ser un aspecto que los y las terapeutas que hacen intervenciones en crisis manejen competentemente.

A continuación un par de tablas que pueden ayudar a recordar factores de riesgo suicida y aspectos de la evaluación a considerar, e indicaciones para los casos más severos (Minsal, 2013).

Tabla IX. Guía para el manejo de personas con riesgo suicida.	
FACTORES DE RIESGO SUICIDA	
Personas de tercera edad	Intento suicida previo
Sexo masculino	Ideas suicidas actuales
Enfermedad mental	Estrés ambiental
Eventos estresantes tempranos	Bajo apoyo familiar y social
Conducta suicida familiar	
EVALUACIÓN DEL INTENTO SUICIDA	
A) Circunstancias: Aislamiento para conseguir la muerte; momento escogido para no ser sorprendido; precauciones contra la interrupción; revelación a otros significativos; nota suicida.	
B) Informe del pacientes. Letalidad estimada: ¿Quiso morir? Reacción frente a la sobrevida: desesperanza, frustración.	
C) Riesgo médico: Circunstancias; letalidad esperada sin tratamiento médico.	
INDICACIONES PERENTORIAS DE HOSPITALIZACIÓN	
1. Características del intento: Elevada intención suicida; elevada letalidad; método violento; Más de un método simultáneamente; Seguidilla de intentos. Intento; suicida ampliado/pacto suicida; motivación altruista; deación suicida post intento, reafirmación de la intención, decepción ante la sobrevida, rechazo de ayuda; imposibilidad de forjar una sólida alianza terapéutica.	2. Contexto: Sexo masculino; mayor de 45 años; Abuso de sustancias; Ausencia de sistemas de apoyo o contención; Violencia familiar; pérdida reciente de figura clave; Salud deteriorada; elevada desesperanza.

Riesgo de Intento de Suicidio	Riesgo de Suicidio
- Tener bajo nivel socioeconómico.	- Pertenecer al sexo masculino.
- Ser joven y del sexo femenino.	- Tener pobre apoyo social.
- Comenzar el consumo de alcohol y los problemas derivados, a edades tempranas.	- Ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas.
- Consumir grandes cantidades de alcohol cada vez que se ingiere.	- Padecer un episodio depresivo mayor.
- Tener personalidad antisocial, depresión, trastorno de ansiedad.	- Padecer enfermedades médicas.
- Tener familiares con antecedentes de intentos suicidas y que abusan del alcohol	- No poseer empleo.
	- Vivir solo.
	- Tener pensamientos suicidas.

Acciones según nivel de riesgo

Nivel de Riesgo	Conducta a Seguir
Leve	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación psiquiátrica. - Derivación asistida al equipo de salud primaria para seguimiento - Poner en contacto con redes sociales y familiares.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención psiquiátrica, eventualmente tratamiento farmacológico - Evaluación del sostén familiar a fin de determinar necesidad de internación. - Derivación a Centro de Salud Mental Comunitaria o equipo ambulatorio de especialidad - Conectarlo con redes sociales y familiares.
Grave	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) en servicio de urgencia general con intervención especializada, cuando hay riesgos vitales. Si no hay compromiso vital, hospitalización en servicio de psiquiatría de corta estadía, con vigilancia permanente, control médico especializado a diario, con ajuste de medicación según evolución. - En caso de excitación, angustia, agitación psicomotora o ansiedad extrema, iniciar tratamiento con psicofármacos en forma inmediata.
Extremo	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) con medidas de contención y seguimiento especializado estricto. - Medidas de contención físicas. - Accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos. - Seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia.

Es importante considerar que todas estas medidas están diseñadas para cuando se tiene acceso al sistema de salud y la red asistencial en condiciones normales. En estos tiempos de COVID 19 los niveles más leves y moderados podrían ser manejados con intervención psicológica permanente, pero con recomendación al paciente y red cercana de consultar con psiquiatra a la brevedad. Para los casos de riesgo grave y extremo se recomienda derivar a un servicio de urgencia. **En Santiago, está funcionando las 24 horas el Servicio de Urgencia Psiquiátrico del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” en Olivos 837, Recoleta.**

LA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Desde los trabajos iniciales de Lindemann y Caplan a mediados del siglo XX hasta hoy, se han creado diversos modelos de intervención en crisis y de urgencia psicológica. Las propuestas que se entregan aquí constituyen una síntesis de la experiencia acumulada de trabajo clínico con pacientes con crisis psicológica.

Habitualmente yo planteo dos modalidades técnicas de Intervención en Crisis, las que están muy resumidas en el siguiente cuadro:

MODELOS TÉCNICOS	
<p><i>INTERVENCIÓN EN CRISIS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera ayuda psicológica. • Intervención inmediata (1 ó 2 sesiones) individual, familiar y de derivación. • Personal de primera línea entrenado: Psicólogos, enfermeras, médicos, asistente social, paramédicos, personal de rescate. • Busca el restablecimiento de la capacidad de enfrentamiento, dando apoyo emocional, reduciendo riesgo y derivando. 	<p><i>PSICOTERAPIA EN CRISIS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención psicoterapéutica. • Intervención de corto plazo (6 a 8 sesiones) • Psicólogos y psiquiatras entrenados en técnicas psicoterapéuticas. • Busca el equilibrio previo, resolviendo la crisis a través de una comprensión cognitiva y dinámica (incluye lo icc) de la crisis como situación posible de integrar al resto de la vida.

2

INTERVENCIÓN EN CRISIS (IC)

Tal como se describe en el cuadro, una IC propiamente tal, es fundamentalmente una primera atención psicológica de apoyo, contención y evaluación. Es quizás el mejor modelo para ser usado masivamente en emergencia psicológica y relativamente fácil de implementar en las actuales condiciones de atención online.

Como en toda intervención focalizada y limitada en el tiempo, le advertimos a el o la paciente la brevedad de la intervención en el encuadre inicial.

Esta intervención breve -habitualmente no más de dos sesiones-, busca reducir la vulnerabilidad, generar resiliencia y estimular las propias estrategias adaptativas de afrontamiento. Junto con proveer la escucha y contención psicológica, es fundamental evaluar las condiciones psicológicas (síntomas) y contextuales (red de apoyo, condiciones de salud) de la persona. Esto implica evaluar nivel de riesgo a través de la evaluación de los tres dominios descritos en el Modelo TAS y del nivel de riesgo suicida del paciente.

Además, si las condiciones lo permiten y el juicio clínico lo considera, sugiero algunas de las siguientes líneas de intervención:

1. **Explorar los significados** particular que le está dando la persona a la experiencia colectiva de la pandemia. Buscar contextualizar y dar sentido a esta experiencia.
2. Sin ser condescendiente o superficial, **entregar una perspectiva positiva** (esperanza, aliento, reafirmar fortalezas, etc.)
3. **Evaluar y estimular trascendencia, crecimiento, aprendizaje, transformación.** Qué está aprendiendo la persona de sí mismo y de los que lo rodean.
4. **Evaluar flexibilidad para adaptarse y reestablecer rol social.** Estimular rutinas, funciones sociales y familiares. Cuáles son las posibilidades y cuáles las trabas.
5. **Establecer conexión con la comunidad y familia** (generar redes sociales, alentar apoyo mutuo, etc.). Las conexiones sociales positivas son esenciales para nuestra salud mental y pueden ayudarnos a sobrellevar los momentos de estrés. En la crisis actual, se nos pide que nos distanciamos de los demás, por lo que es importante que mantengamos nuestras redes sociales utilizando los medios de comunicación disponibles.
6. **Explorar activamente las preocupaciones por los recursos económicos y evaluar el acceso a recursos institucionales** (ayuda municipal, créditos, etc.). Probablemente esta sea una muy importante fuente de preocupación actual y futura.
7. Con las **personas que tienen a cargo el cuidado de niños/as pequeños/as, suelen surgir especiales preocupaciones y sensaciones de agobio.** Importante reasegurarles a las personas que no deben creerse “súper papás”, “súper mamás” o “súper abuelos/as, tíos/as, hermanos/as”, realizando multitareas y sobreexigiéndose con los cientos de consejos que hoy en día aparecen en redes sociales y televisión. Aún así, es legítimo que estos/as adultos/as les preocupe la salud mental de los niños y niñas. **A este respecto, algunas ideas que pueden ser importantes de transmitirles son:**
 - Los/as niños/as inevitablemente captarán las preocupaciones y la ansiedad de los/as adultos/as, ya sea a través de la escucha y la observación de lo que sucede en el hogar o en la escuela. **Es importante que puedan hablar con usted sobre sus propias preocupaciones.**
 - **No hay que tener miedo de hablar del coronavirus con los/as niños/as.** Dada la amplia cobertura de los medios de comunicación y el creciente número de personas que usan máscaras faciales en público, no es sorprendente que algunos/as niños/as estén muy al tanto del virus, lo que no sabemos es qué les preocupa o les asusta.
 - **Hablar con ellos/as sobre el coronavirus de una manera calmada y, ofrecerles oportunidades para responder a sus preguntas de manera honesta y apropiada para su edad,** ayudará a reducir cualquier ansiedad que puedan estar experimentando.
 - **Preguntar a los/as niños/as lo que ya saben sobre el virus general la posibilidad de aclarar algunos malentendidos y concepciones erróneas.** También, es

importante hacerles saber que es normal experimentar algo de ansiedad cuando surgen situaciones nuevas y estresantes.

- **Apoyar y alentar a los/as adultos/as a transmitir sensación de control a los/as niños/as.** Por ejemplo, explicarles lo que pueden hacer para estar seguros (lavarse las manos regularmente, mantenerse alejado de personas que están tosiendo o estornudando, etc.) pero no abrumarles con información innecesaria (ej. tasas de mortalidad), ya que esto puede aumentar su ansiedad.
- **Puede ser útil que les permitan a los/as niños/as el contacto regular (por ejemplo, por teléfono) con personas que aparezcan en sus preocupaciones, como abuelos/as y amigos/as.**

8. También muchas personas tienen entre sus preocupaciones el cuidado de **adultos/as mayores** que están a su cargo. Es posible que sus preocupaciones y angustias se enfoquen en como tranquilizarles o cómo preocuparse de ellos/as. En este caso también puede ser útil entregarles algunos consejos que calmen estas ansiedades, como mantenerse muy en contacto con ellos si no lo están físicamente.

Sea cuál sea el contenido específico o foco de la intervención, es importante ser claro/a, dar información consistente, preocupándose de disminuir ambigüedades. Además, mantener una expresión emocional abierta, respuesta empática, de respeto a diferencias individuales y culturales, y estimular el humor cuando sea pertinente. También, mostrarse colaborativo/a en la toma de decisiones y planificación de tareas cotidianas.

PSICOTERAPIA EN CRISIS (PC)

Como se describe en el cuadro de más arriba, este modelo de intervención busca que la persona retorne a un equilibrio previo a través del logro de una comprensión de las características particulares de su respuesta y enfrentamiento a la crisis pandémica actual.

Este también es un modelo de intervención breve (6-8 sesiones habitualmente), pero que requiere un nivel de competencias propios de psicoterapeutas entrenados/as. Requiere el establecimiento de una relación terapéutica y de un trabajo focalizado en los aspectos centrales de la crisis del paciente. Normalmente, este modelo implica comenzar con una intervención similar a la de la IC, pero si el caso lo amerita, se busca profundizar en aspectos idiosincrásicos de la personalidad y patrones relacionales de la persona. Es común que inicialmente se instale el dispositivo de IC y luego, en algunos casos, se prolongue hacia una intervención más psicoterapéutica. Esta extensión puede ocurrir por la intensidad de los síntomas, por la presencia más persistente de algún riesgo suicida o bien porque en las primeras intervenciones el/la propio/a paciente coloque el significado personal de la crisis

en un nivel que requiera una comprensión de mayor profundidad. Esta comprensión por lo general sigue las hipótesis que el o la terapeuta comparta con su paciente, hipótesis que indudablemente estarán construidas desde su experiencia y desde su *background* teórico de preferencia.

Al igual que en la IC, es importante recordar que **como en toda intervención focalizada y limitada en el tiempo, advertimos la brevedad de la intervención en el encuadre inicial. No se necesita dar un número de sesiones, solo advertir la limitación desde un comienzo.**

Por lo tanto, la **evaluación inicial** del estado del paciente, su necesidad de ayuda o motivo de consulta, seguirá directrices similares a las del modelo anterior. No olvidar en esta evaluación:

- Riesgo de hétero o autoagresión
- Vivencia subjetiva del evento desencadenante sobre la base de la historia individual y relacional.
- Sistema de creencias
- Mecanismos de afrontamiento que está utilizando.
- Contexto vital y red de apoyo.
- Permeabilidad psíquica. Esto se refiere al nivel de flexibilidad cognitiva y afectiva del paciente como para poner en juego un diálogo con otro y la apertura a creencias diferentes que generen tensión.

Una parte importante de la **fase de tratamiento**, que obviamente se sobrepone a la evaluación, será el reconocimiento y expresión de los afectos involucrados. Esto no siempre es sencillo, pues **a veces los pacientes suelen disociar algunas emociones, lo que será necesario evaluar cuidadosamente, ya que puede tratarse de estrategias defensivas adaptativas al contexto.** Es en estos puntos donde impera el criterio clínico de el/la terapeuta, quién debe llevar activamente el ritmo de la sesión. **Es importante siempre recordar que estamos en un trabajo terapéutico con límite de tiempo, muy focalizado, por lo que esperar a que ciertos contenidos o comportamientos ocurran por un efecto temporal no es eficiente.** Esto implica, entre otras cosas, que el/la terapeuta deba ser activo/a en evaluar, explorar y proponer hipótesis comprensivas sobre la situación de el/la paciente.

Una manera que me ha funcionado muy bien es la comprensión de la crisis emocional de un/a paciente como un evento interpersonal que involucra por lo menos a un otro significativo y que se encuentra representado en la situación de crisis ya sea directa,

indirecta o de manera simbólica. **Hasta algo aparentemente tan externo como el coronavirus, puede movilizar aspectos profundos de las personas y generar importantes quiebres con ellas mismas o con sus relaciones significativas.** Obviamente esta es una comprensión psicodinámica que me hace sentido, sin embargo, la PC es una técnica flexible en términos de encuadre y también teóricamente. Usted utilice el modelo que mejor le acomode y conozca.

Por experiencia sabemos que una crisis aguda – sin intervención alguna- puede mantenerse por un tiempo breve, de seis a ocho semanas; después de este tiempo la persona empieza a recuperar el equilibrio previo. Sin embargo, este equilibrio no siempre es constructivo o funcional, por lo que la intervención externa puede ser fundamental para que una nueva adaptación no sea a través de un estado crónico de funcionamientos regresivos o en un detenimiento del desarrollo identitario (ver Martínez, 2005).

Por tanto, en la **fase de cierre** de la intervención buscamos **reforzar equilibrios novedosos, creativos y de crecimiento personal.** Esto es mucho más que la superación de los síntomas, ya que implica la ampliación de la comprensión de sí. Para quienes están acostumbrados/as a intervenciones largas o sin límite de tiempo esto puede resultar sospechoso, pero un fenómeno psicológico de los estados de crisis es que las estrategias defensivas hacia la intervención externa operan con un umbral más bajo, lo que posibilita explorar con mayor profundidad en menor tiempo. Y si el temor es que queden aspectos sensibles abiertos hacia el término, es muy común que PC exitosas faciliten el camino para psicoterapias más prolongadas o específicas (ej. terapia de pareja). Mi recomendación en estos casos es cerrar el proceso y derivar a colegas, o cerrar el proceso y pedirle a el o la paciente que piense bien la posibilidad de un trabajo terapéutico más largo y vuelva a contactarse en al menos un par de meses.

De cualquier manera esta fase de cierre puede ocurrir en solo una sesión y solaparse con el tratamiento, y por supuesto dejarle la sensación al paciente de un cierre abrupto. De ahí que siempre estemos recordándole al paciente que esta es una intervención breve y que, si posteriormente lo necesita, le vuelva a contactar. Como cualquier término y cierre de una psicoterapia, se trata de una pérdida y un duelo para terapeuta y paciente, pero igual que la muerte, es un momento inevitable de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Kann, L., O'Malley, E., McManus, T., Kinchen, S., Harris, W., Wechsler, H. (2011). *Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9—12*. Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EEUU.
- Martínez, C. (1999). Ilustración clínica de la técnica de intervención en crisis. *Revista de Psiquiatría*, 3, 169-173.
- Martínez, C. (2005). Intervención en Crisis en Pacientes con Trastornos de Personalidad Limítrofe. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39 (1), 151-158.
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C., & Ellwanger, J. (2004). Efectividad de la técnica de Intervención en Crisis (IC) en un servicio de urgencia de hospital general. *Terapia Psicológica*, 22, 2, 177-184.
- Martínez, C., Gálvez, C., Quiroz, C., Vicencio, B., & Tomicic, A. (2014). He decidido vivir: factores que disuaden a una persona de cometer suicidio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (3), 267-280.
- Minsal (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio*. Ministerio de Salud, Chile.
- Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention: A triage assessment model*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Scheerder, G., Reynders, A., Andriessen, K., Van Audenhove, C. (2010). Suicide Intervention Skills and Related Factors in Community and Health Professionals. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 40 (2), 115-124.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., ...& Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144, 723-733.