

### 3.3. Teoría de la crisis

Alberto Fernández Liria, Lilia Marinas, Lara Repeto, Beatriz Rodríguez Vega

#### ORIGEN DEL TÉRMINO INTERVENCIÓN EN CRISIS

El término *intervención en crisis* se refiere no sólo a un procedimiento de intervención, sino a un modo de concebir la salud y los trastornos mentales y, consiguientemente, la posibilidad de intervenir sobre ellos desde la óptica de la salud pública. Tal concepción de la salud y de la enfermedad mental estuvo en el origen del movimiento de salud mental comunitaria que comenzó a extenderse por los Estados Unidos de América en los años 60. El objetivo de este movimiento de salud mental comunitaria, era sustituir la vieja red de atención psiquiátrica, basada en los manicomios y en la separación y exclusión de los enfermos mentales del resto de la sociedad, por una red alternativa (cuyo centro fueran los Centros de Salud Mental Comunitaria), en los que se actuara no sólo sobre las personas que ya sufren trastornos mentales, sino sobre la comunidad en su conjunto<sup>1</sup>, planeando y llevando a cabo programas para reducir:

1. La frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (*prevención primaria*),
2. La duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (*prevención secundaria*),
3. El deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (*prevención terciaria*).

Probablemente la aportación teórica más interesante del trabajo de Caplan es el desarrollo de un modelo que permitiera pensar en la posibilidad de hacer *prevención primaria* en materia de salud mental. El modelo de prevención primaria de Caplan<sup>1</sup>: la *provisión de aportes* y la *intervención en crisis*.

La posibilidad de realizar prevención primaria a través de la provisión de aportes se basa en la idea de que, para mantener su salud mental un sujeto debe recibir una serie de *aportes* necesarios para progresar en cada etapa del desarrollo y para no sufrir crisis. Caplan distingue tres tipos de aportes:

Los aportes *físicos* se refieren a cosas como la alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial o el ejercicio. Los aportes *psicosociales* aseguran la satisfacción de las necesidades interpersonales. Los aportes *socioculturales* son los que proporcionan las costumbres, la cultura o la estructura social.

Si la adecuada provisión de aportes posibilita el mantenimiento del funcionamiento en cada una de las etapas de desarrollo, la *intervención en crisis* pretende influir en los momentos que exigen cambios más o menos bruscos en el modo de organizar el comportamiento. Caplan<sup>1</sup> nos remite a las ideas de Erikson<sup>2</sup> para sostener que el desarrollo de la personalidad puede entenderse como una sucesión de fases diferenciadas, cualitativamente diferentes entre sí. La transición entre estas etapas se realiza en unos períodos de características especiales que Erikson denominó *crisis evolutivas*. Definió también las *crisis accidentales* en las que por azares de la vida se rompe bruscamente la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces.

Según este modo de ver las cosas, la crisis es un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo personal (si se resuelve satisfactoriamente) como un peligro, al aumentar la vulnerabilidad del individuo para los trastornos men-

tales. La hipótesis de Caplan es que el desenlace de la crisis depende *sobre todo de la forma en la que se maneje la situación en ese momento*, y no tanto de la historia anterior de la persona.

Caplan plantea un modelo de crisis dividido en cuatro fases, que se presentarían en su desarrollo normal de la siguiente manera:

FASE 1: La elevación inicial de la tensión por el impacto del estímulo pone en acción las habituales respuestas homeostásicas de solución de problemas.

FASE 2: La falta de éxito de estas respuestas y el mantenimiento del estímulo determinan la elevación de la tensión y un estado de alteración e ineffectividad.

FASE 3: La tensión sigue aumentando y traspasa un tercer umbral al comenzar a actuar como poderosos estímulo interno para la modificación de recursos internos y externos. El individuo recurre a sus reservas de energía y a sus mecanismos de emergencia para resolver problemas. Utiliza nuevas técnicas para acometer lo que está encarando, que mientras tanto, puede haber perdido en intensidad. El individuo puede llegar a redefinirlos gradualmente de modo que lleguen a encajar en su experiencia previa. Entonces advierte aspectos que hasta entonces había descuidado. Entonces descubre aspectos abordables con capacidades y técnicas que hasta entonces había considerado inaplicables. Otros aspectos, imposibles de manejar, pero menos importantes, pueden dejarse de lado. Quizás se abandonen algunos objetivos inalcanzables. Es posible que se explore mediante ensayo y error que técnicas serían aplicables y cuáles no.

FASE 4: Si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad, o evitarse con la resignación a la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión se eleva hasta el punto de la ruptura. Se produce entonces una importante desorganización del individuo, con resultados graves.

Referente a este tema, hay algunos conceptos básicos, que son comúnmente acep-

tados por quienes practican la intervención en crisis y que Swanson y Carbon<sup>3</sup> resumen del siguiente modo:

1. Las crisis son *experiencias normales* en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno<sup>1</sup>.
2. El estrés que desencadena la crisis puede ser un *acontecimiento externo o interno*<sup>2</sup>. Puede ser un sólo hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves<sup>4</sup>.
3. La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de *su percepción por el individuo*<sup>5</sup>.
4. Puede existir un nexo (experimentado emocionalmente y no necesariamente consciente) entre la situación actual y *conflictos del pasado*<sup>6</sup>.
5. Las crisis son *acontecimientos autolimitados* (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente<sup>7</sup>.
6. En la crisis las defensas están debilitadas por lo que el sujeto está *más receptivo a la ayuda*<sup>8</sup> y esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos<sup>5</sup>.
7. La resolución adaptativa de la crisis ofrece una *triple oportunidad*<sup>1</sup>:
  - dominar la situación actual
  - elaborar conflictos pasados
  - aprender estrategias para el futuro
8. La resolución no está tan determinada por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad como por *procesos presentes*<sup>9</sup>.
9. Las *pérdidas* anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar<sup>10,11</sup>.
10. Con la resolución adaptativa emergen *nuevas fuerzas y nuevas habilidades* de resolución de problemas útiles para el futuro.

#### INTERVENCIÓN EN CRISIS:

La palabra *crisis* en chino indica *peligro y oportunidad*. La propuesta de la intervención en crisis se basa en este doble carácter: la crisis amenaza la salud mental del paciente (a veces gravemente) pero a la vez

marca la oportunidad de que los cambios requeridos con ella permitan un funcionamiento mejor que el que la antecedió. La posibilidad de hacer prevención primaria se apoya, según Caplan en tres características de los períodos críticos:

1. En desenlace de la crisis no depende tanto de los factores antecedentes (naturaleza del peligro, personalidad, experiencias previas...) como de la interacción de factores (endógenos y exógenos) que operan durante la crisis.
2. Durante la crisis el sujeto experimenta una gran necesidad de ayuda (y sus signos de anhelo despiertan en quienes lo rodean una reacción biosocial primitiva).
3. Durante la crisis el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros.

Estas características hacen que el que la crisis proporcione a los agentes comunitarios la posibilidad de desplegar sus esfuerzos con el máximo provecho. Ayudando, no sólo a sortear el riesgo de pérdida de la salud mental por el que está atravesando el sujeto y de detectar y resolver formas perniciosas de solución que probablemente esté ensayando, sino de poder ofrecer ayuda para aspectos más permanentes de la salud mental del individuo para los que, en otros momentos, no hubiera habido ni ocasión de intervenir (porque el sujeto no hubiera buscado ayuda) ni posibilidad de modificar (porque el problema no hubiera sido tan fácilmente modificable por ella).

La intervención a poner en marcha en estas situaciones puede tener objetivos más o menos específicos y requerir encuadres diferentes. Skaileu<sup>12</sup> por ejemplo habla de una *intervención de primer orden o primera ayuda psicológica*, cuyos objetivos son proporcionar apoyo, reducir la letalidad y facilitar el acceso a otros recursos de ayuda. Según este autor, este tipo de intervención tiene los siguientes componentes:

- Hacer un contrato
- Examinar las dimensiones del problema
- Explorar las posibles soluciones

- Ayudar a optar por una actuación concreta
- Garantizar el posterior seguimiento

Frente a esta, habla de la *intervención de segundo orden o intervención en crisis* propiamente dicha, que tiene unos objetivos más amplios:

- Contribuir a la supervivencia física
- Identificar y expresar los sentimientos, pensamientos y conductas involucrados en la crisis
- Obtener el dominio cognitivo
- Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales

Algunos autores han pretendido caracterizar situaciones críticas tipo, y proponer orientaciones generales para actuar psicoterapéuticamente ante cada una de ellas. El intento clásico en este sentido es el de Bellak<sup>13,14</sup>, un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica que se vio obligado a desarrollar procedimientos de intervención practicables con el límite de seis sesiones que cubría el seguro de la población con la que trabajaba. Sin embargo, otras visiones más actuales de la práctica psicoterapéutica como la construcción de narrativas<sup>15</sup> consideran que la utilización de estos guiones a largo plazo entorpece y empobrece la práctica clínica.

Desde la óptica de la construcción de narrativas terapéuticas la intervención en crisis no puede concebirse como una intervención manualizable a aplicar en condiciones en las que se detecten una especie de criterios diagnósticos de situaciones de crisis, a las que se supone que se debería ajustar la experiencia del paciente. Lo que el psicoterapeuta debe reconocer son unas condiciones que permitan la construcción de la narrativa de la crisis en el encuentro entre terapeuta y paciente.

Se trata, en definitiva de unos puntos de anclaje a través de los cuales la narrativa de la intervención en crisis puede construirse, a través del trabajo conjunto de terapeuta y paciente, sobre la narrativa del paciente que originalmente motiva la demanda. Podrían resumirse como sigue:

- I. La persona cuenta un funcionamiento previo razonablemente satisfactorio para ella hasta el momento anterior a la aparición de la situación que va a ser tipificada como crisis
- II. Se ha producido una quiebra brusca de este funcionamiento que puede atribuirse a una suspensión de los aportes físicos, psicológicos y/o socioculturales que la persona recibía. Puede hablarse de una ruptura del equilibrio mantenido hasta ahora
- III. La persona tiene la experiencia de que en la etapa anterior ha podido enfrentar situaciones difíciles y resolver problemas. Pero los procedimientos utilizados para salir adelante en esas situaciones no son aplicables o no han dado resultado a partir del momento en el que se ha producido esta ruptura

El paciente presenta en el momento de ser atendido:

- Ruptura de la continuidad de la experiencia del tiempo. Se produce una suspensión del tiempo que pasa a ser experimentado como un conjunto de instantes aislados sin proyección sobre el pasado ni sobre el futuro
- El sujeto se refiere a sí mismo y a su mundo significativo como adherido a una narrativa saturada o dominada por el problema y que produce un estrechamiento del mundo de alternativas de significado del paciente
- La persona se vive a sí misma como incapaz de remontar ese problema, lo que facilita la petición de ayuda.
- Hay una pérdida del significado y sentido sostenido hasta ahora por la paciente acerca de su mundo personal, relacional y de creencias
- Hay una vivencia de malestar subjetivo

Partiendo de ese reconocimiento de circunstancias externas o subjetivas, el terapeuta puede proponer, basándose en la narrativa que trae el paciente, una nueva narrativa que incluya y haga posible la intervención en crisis.

En definitiva, para ser asumida por el paciente la narrativa de la intervención en crisis ha de ligarse a las narrativas dominantes del paciente a través de una serie de puntos de anclaje. La existencia de estos puntos hace más fácil la entrada en el mundo de significados del paciente y, permite, por tanto llevar a cabo lo que denominaremos el acompañamiento de la narrativa del paciente.

Si el terapeuta puede construir, sobre esos puntos de anclaje, un acuerdo con el paciente se produce la apertura de un significado nuevo que incluye la necesidad de ser ayudado y la aceptación de dicha ayuda.

Es decir, en el encuentro terapéutico con una persona que experimenta un malestar que podemos trabajar como una intervención en crisis:

- I. Terapeuta y paciente se encuentran en escenarios diversos, cada uno de ellos con sus peculiaridades
- II. El terapeuta hace uso de unas técnicas preferidas en la situación de crisis, que tienen por objeto: la contención de una situación de peligro potencial y la resignificación de la crisis en la vida del paciente, que le permita abrir un abanico de significados nuevos y preferidos por él.
- III. Terapeuta y paciente se despiden incluyendo el significado de la intervención en la vida de la persona. Como consecuencia de la intervención el paciente puede proseguir su vida manteniendo un funcionamiento que, por la definición misma de la crisis, será diferente a partir de entonces, pero podrá garantizarle los aportes necesarios para resultar satisfactorio. Este nuevo funcionamiento puede ser incorporable a la definición previa de la identidad del paciente (en cuyo caso puede bastar una intervención muy circunscrita) o puede desafiarla y dificultar el funcionamiento en otras áreas de actividad, lo que haría aconsejable una terapia a más largo plazo.

El formato de psicoterapia breve, que los teóricos de la crisis gustan en llamar

intervención en crisis propiamente dicha, tiene como característica básica que, aunque se prolonga en el tiempo más allá de la intervención puntual y de urgencia, lo hace durante un periodo de tiempo y por un número de sesiones limitado. Este tipo de intervención se realiza con un encuadre más parecido al de la actividad terapéutica estándar.

La intervención en crisis puede llevarse a cabo con un encuadre individual, familiar o grupal. El formato de grupo resulta particularmente útil en situaciones de catástrofe, en las que puede ser liderado por voluntarios bajo supervisión<sup>16</sup>. También puede utilizarse con grupos homogéneos en cuanto al acontecimiento vital que se relaciona con la crisis (son frecuentes los grupos de adolescentes, pacientes con cáncer u otras enfermedades, personas que están atravesando situaciones en relación con la jubilación, la emigración, el desempleo, la marcha de los hijos de casa o la menopausia...).

Nos gustaría concluir resaltando la riqueza y versatilidad de la teoría de la crisis, ya que proporciona un paradigma desde el que se puede desarrollar intervenciones tanto en el abordaje individual, familiar o grupal, como en el ámbito colectivo o poblacional.

#### RESUMEN

En el presente capítulo se describe la Teoría de la Crisis como un paradigma desde el que entender la salud, la enfermedad mental y consecuentemente la forma de intervenir sobre ésta. Caplan fue el primero en hablar de la prevención primaria en materia de Salud Mental, basada en la provisión de aportes (físicos, psicosociales y socioculturales), y en la intervención en crisis. Se plantea la crisis como un momento en el que los procedimientos de afrontamiento habituales del individuo dejan de funcionar, suponiendo tanto una oportunidad para el desarrollo personal si se resuelve satisfactoriamente, como un peligro al aumentar la vulnerabilidad del sujeto a los trastornos mentales. Por otro lado, la intervención se ve facilitada por una mayor receptividad de la persona a recibir ayuda. Por último, se describe el modelo de la construcción de narrativas terapéuticas como una de las orientaciones que pueden aportar mayor riqueza a este tipo de intervenciones.

CUADRO 1, MODELO DE PREVENCIÓN PRIMARIA, Caplan (1964)

	<i>Acción Social</i>	<i>Acción Interpersonal</i>
PROVISION DE APORTES – Físicos – Psicosociales – Socioculturales	Legislación sobre yodado de aguas, salud laboral, protección de la familia o de la infancia, reglamento de hospitalización de niños y madres, asilos u otras instituciones, servicios sociales para ancianos u otros grupos de riesgo...	Garantizar la provisión en lugares donde se ven amenazados (partorios, maternidades, cárceles, UVIS, etc...)
INTERVENCION EN CRISIS	1. Atenuación de circunstancias peligrosas. 2. Provisión de servicios para favorecer la superación sana de la crisis.	1. A través de agentes de salud. 2. Directamente a través de profesionales de salud mental.

CUADRO 2, INTERVENCIÓN EN CRISIS, Skaileu (1988)

<p><i>Intervención de primer orden o primera ayuda psicológica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar apoyo, reducir la letalidad y facilitar el acceso a otros recursos de ayuda</li> <li>• Examinar las dimensiones del problema</li> <li>• Explorar las posibles soluciones</li> <li>• Ayudar a optar por una actuación concreta</li> <li>• Garantizar el posterior seguimiento</li> </ul>
<p><i>Intervención de segundo orden o intervención en crisis propiamente dicha</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a la supervivencia física</li> <li>• Identificar y expresar los sentimientos, pensamientos y conductas involucrados en la crisis</li> <li>• Obtener el dominio cognitivo</li> <li>• Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 1964 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós. 11ª reimpresión 1980). Es el texto fundacional de la intervención en crisis y de los planteamientos de la salud mental comunitaria desde la óptica de la salud pública. Un clásico de lectura agradecida.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclee de Brouwer 2001. Texto en el que se fundamenta el modelo de psicoterapia integradora, desde la óptica de las narrativas, sobre el que se plantea el modelo de intervención en crisis expuesto en el presente libro.

Slaikau KA. Crisis intervention, Newton (Massachusetts): Allyn and Bacon 1984 (Trad cast: Intervención en crisis. Mexico: Manual Moderno 1988. El texto de intervención en crisis más utilizado en lengua castellana. Se basa en una aplicación a este campo de la terapia multimodal de Lazarus.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós. 11 reimpresión 1980)
- (2) Erikson EH. Childhood and society. New York: Norton; 1950.
- (3) Swanson WC, Carbon JB. Crisis Intervention: theory and technique. En Karasu TB (Coord). Treatment of psychiatric disorder. Washington: American Psychiatric Press 1989; vol 3: 2520-2531.
- (4) Korner I. Crisis reduction and the psychological consultation. En Spector G, Claiborn W (eds). Crisis intervention. New York: Behavioral Publications; 1973.
- (5) Rapoport L. The state of crisis: some theoretical considerations. Social Service Review 1962; 32: 36: 211-217.
- (6) Hoffman D, Rimmel M. Uncovering the precipitant in crisis intervention. Social Casework 1975; 56: 259-267.
- (7) Bloom B. Definitional aspects of the crisis concept. J Consult Clin Psychol 1963; 27: 498-502.
- (8) Schwartz S. A review of crisis intervention programs. Psychiatry Q. 1971; 45: 498-508.
- (9) Paul L. Crisis intervention. Mental Hygiene 1966; 50: 141-145.
- (10) Hitchcock J. Crisis intervention: the problem in the pool. Am J Nur 1973; 73: 1388-1390.
- (11) Stickler M, LaSor B. The concept of loss in crisis intervention. Mental Hygiene 1970; 54: 301-305.
- (12) Slaikau KA. Crisis intervention, Newton (Massachusetts): Allyn and Bacon; 1984 (Trad cast: Intervención en crisis. Mexico: Manual Moderno; 1988.

- (13) Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Straton, 1965 (trad cast: Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México, 1970)
- (14) Bellak L, Siegel H. Handbook of intensive, brief and emergency psychotherapy (B.E.P.) New York: CPS Inc, 1983 (Trad cast: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986).
- (15) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
- (16) Fernández Liria A, González Aguado F. Sobre el programa de salud mental de Médicos de Mundo en Mostar. Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial 1995; 4: 16-19.