

Intervenció en situacions de crisi

com
par
tim

Olga Prieto Prieto

Barcelona, 3 de desembre de 2008



Avis legal

Aquesta obra està subjecta a una llicència Reconeixement 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la transformació per generar una obra derivada, sense cap restricció sempre que se'n citi el titular dels drets (Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia). La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/legalcode.ca>.



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada

INTERVENCIÓN EN CRISIS CONCEPTO DE CRISIS

CRISIS

“cuando un acontecimiento vital supone un cambio para el individuo, a partir del cual puede crecer personalmente o “hundirse”, ya que la situación implica peligro pero también puede suponer una oportunidad”

- produce **pérdida de equilibrio** tal que *los propios mecanismos de afrontamiento no son suficientes para sostener a la persona.*

-“*reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad*”.

- *catalizador que altera los viejos hábitos y evoca nuevas respuestas.*

INTERVENCIÓN EN CRISIS

TIPOS DE CRISIS SEGÚN EL TIPO DE EVENTO:

- **CRISIS EVOLUTIVAS:** o de desarrollo que se refieren a **acontecimientos vitales normales** que suponen un cambio y llevan a la persona a una respuesta de crisis. Son transiciones **esperables a lo largo de la vida**, aunque la persona se desborda y puede sentirse sola. A veces implica una amenaza para la vida y casi siempre una ruptura con la vida anterior. P.e: embarazo no deseado, la infancia y la niñez temprana (enfermedad, separación excepcional), la jubilación, la crisis de madurez...
- **CRISIS CIRCUNSTANCIALES:** se da un **acontecimiento azaroso, imprevisto, intenso**. Surge por la ocurrencia de **eventos raros y extraordinarios** que un individuo no puede prever o controlar. P.e: el aborto, un divorcio o separación.
- **CRISIS EXISTENCIALES:** se refieren a **conflictos internos que cuestionan el significado de la propia vida, la libertad personal, el compromiso**. Así la crisis de la madurez o la crisis del envejecimiento cuando traen consigo remordimiento e insatisfacción se encuentra en esta categoría. Los pensamientos sobre la imposibilidad de alcanzar metas importantes para uno también se podrían englobar en esta categoría.

UNA CRISIS es la **respuesta a eventos peligrosos** y es **vivida como un estado doloroso**. Por ello, genera reacciones muy poderosas para ayudar al sujeto a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio anterior.

Si reacciona adecuadamente, la crisis puede ser superada y además la persona aprende a **emplear nuevas reacciones adaptadas** que le pueden servir en el futuro. También, es posible que *al resolver la crisis, la persona se sienta en un mejor estado mental y emocional que el que tenía antes de la crisis.*

INTERVENCIÓN EN CRISIS CRISIS VERSUS HECHO TRAUMÁTICO

DIFERENCIAR CRISIS DE EVENTO TRAUMÁTICO

EVENTO TRAUMÁTICO está considerado como algo **especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas**. Lo que destaca es la **naturaleza única de la desintegración** que provoca, pues ocurre a diferentes niveles, afectando potencialmente a muchos otros más allá de las víctimas inmediatas.

EL TRAUMA es una reacción psicológica derivada de un suceso traumático, rompe la estructura básica de confianza, el sentimiento de seguridad sobre la propia persona o de integridad del propio yo y sobre los demás seres humanos.

UNA SITUACIÓN TRAUMÁTICA supone un malestar emocional intenso, que proviene de una situación brusca o inesperada que puede tener consecuencias dramáticas y desbordar las propias habilidades existentes hasta el momento. Estas habilidades no sirven para hacer frente a las demandas de la nueva situación. Así, las habilidades pueden convertirse en malsanas y las expectativas, esperanzas e ilusiones derrotistas. Pueden aparecer sentimientos de odio, rabia, venganza, indefensión que no ayudan a emprender nuevas estrategias de afrontamiento.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

PRINCIPALES SUCESOS TRAUMÁTICOS más habituales según su carácter de intencionalidad (Echeburúa, 2005):

- 1. NO INTENCIONADOS**
 - Accidentes.
 - Catástrofes naturales.
- 2. INTENCIONADOS**
 - Agresiones sexuales en la vida adulta.
 - Relaciones violentas de pareja.
 - Terrorismo, secuestro y tortura.
 - Muerte violenta de un hijo.
 - Abuso sexual en la infancia.
 - Maltrato infantil.

CLASIFICACIÓN DE EVENTOS TRAUMÁTICOS

- Trauma natural y anticipado (en algunas ocasiones): inundaciones, huracanes...
- Desastres naturales imprevisibles: terremotos, avalanchas de lodo, algunos tornados...
- Trauma accidental provocado por el ser humano (suelen ser puntuales): tiroteo accidental, desprendimiento de un ascensor con múltiples personas
- Violencia deliberada inducida por el ser humano: **representa probablemente la situación que provoca más miedo individual y vulnerabilidad.**

Según Rojas Marco, **lo que quiebra verdaderamente el espíritu de la persona, es la violencia intencional e injustificada generada por otros seres humanos.** Las personas cuando rechazan el mal, realmente el que rechazan es aquel que es generado por el ser humano.

La **intensidad del hecho** y la **ausencia de respuesta psicológica adecuadas** para afrontar la situación inesperada, explicarán el **impacto psicológico** de este tipo de sucesos (Echeburúa, 2005).

Existen personas que a pesar de haber tenido experiencias traumáticas en su vida, sus recursos les han permitido seguir adelante de una forma positiva y constructiva. **En teoría todas las personas somos vulnerables en este tipo de situaciones, sin embargo, no todas las personas se convertirán en "víctimas".**

INTERVENCIÓN EN CRISIS

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA DE CRISIS GENERAL SE DARÍAN A TRES NIVELES:

- **Nivel cognitivo:** las *habilidades de resolución de problemas* y los *mecanismos de afrontamiento* se ven *desbordados*.
- **Nivel psicológico/emocional:** al estado temporal de **shock** puede seguir un estado de **negación**, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud. *Estas reacciones pueden alterar el equilibrio de la persona.*
- **Nivel fisiológico:** pueden aparecer **reacciones de estrés general con cambios en el ritmo** cardíaco, la espiración y una sudoración excesiva.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

DIFERENCIAS ENTRE ACCIDENTE, EMERGENCIA, DESASTRE Y CATÁSTROFE

Son acontecimientos destructivos, tanto para el individuo como para la comunidad. Son situaciones que implican una **pérdida o amenaza para la vida o propiedad**, además de poder perturbar el sentido de la comunidad y de provocar consecuencias adversas para los supervivientes.

Situaciones de urgencia que precisan de una reacción inmediata. En todas ellas aparecen **reacciones psicológicas** similares, puesto que son imprevisibles y **producen desestabilización**.

Según el glosario de la Dirección general de Protección Civil en España se distinguen los sucesos traumáticos en:

- **ACCIDENTE:** los afectados por el siniestro, son un **segmento de la población de fácil delimitación**. p.e: ocupantes de un vehículo, inquilinos de un edificio etc. La población queda fuera de los efectos del fenómeno o siniestro, la vida cotidiana de la colectividad no se ve alterada y los sistemas de respuesta y de ayuda a los afectados, pueden actuar.
- **EMERGENCIA** cuando en la **combinación de factores conocidos**, surge un fenómeno o suceso que **no se esperaba**, eventual, inesperado y desagradable por causar o por su **posibilidad de causar daños** o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios etc. Supone una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Pe.: intervenciones que realizan los servicios sanitarios que cubren los accidentes de tráfico.
- **DESASTRE:** cuando **toda la población de forma indiscriminada se ve afectada y la vida social cotidiana se ve alterada**. Requiere mayor infraestructura y en estas situaciones hay un mayor número de heridos, damnificados y conlleva mayor coste económico, suponiendo una alarma para la población. **En los desastres los sistemas de respuesta institucionales**, públicos y privados, **pueden quedar indemnes** y pueden ayudar a la comunidad afectada. P.e. inundaciones, escape radioactivo de una central nuclear.
- **CATÁSTROFE** "un suceso infausto que altera gravemente el orden de las cosas". **Desastre masivo**, con consecuencias destructivas que abarcan una mayor extensión y suponen un esfuerzo humano, material y de coordinación. Situaciones que de forma imprevista afectan a una colectividad global, incluidos los sistemas de respuesta institucionales p.e: huracanes, maremotos. **Producen gran número de afectados** (muertos, heridos, quemados, intoxicados) **no necesariamente víctimas mortales**. Los individuos afectados **no podrán contar, al menos inicialmente, con la ayuda de las instituciones** y tendrán que hacer frente a la situación con sus propios recursos. Así podremos hablar de catástrofe o desastre dependiendo de la preparación previa del sistema para reaccionar.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

CONCEPTO DE CALAMIDAD



CALAMIDAD Cuando las consecuencias de estos siniestros se alargan en el tiempo p.e: **el monto anual de los** accidentes de tráfico, la sequía continuada, la desertización derivada de inundaciones e incendios forestales, los efectos epidemiológicos de un escape radioactivo, de un virus resistente...

Estos sucesos coinciden en que todos ellos suponen: una **situación extraordinaria** (algo que una persona no vive habitualmente), que **desestabiliza el equilibrio físico, psicológico, social, económico o ambiental del individuo o el grupo** (al ser una situación imprevista para la que no se está preparado), y que **para superarla, se carece de los recursos propios, suficientes o adecuados** (por la situación de imprevisión, preparación o falta de control), y que **exige la necesidad de ayuda externa**.

La **diferenciación conceptual** para denominar a los diferentes sucesos nos **permitirá conocer los objetivos** de cara a una **intervención**. La principal característica a tener en cuenta para considerar una situación, será la capacidad del sistema para hacer frente a sus consecuencias destructivas. Así, cabe resaltar, que **el evento en sí** (huracán, terremoto...) **no se considerará desastre si no impacta en una comunidad vulnerable** (económica y políticamente), es decir, **no preparada para esta situación**.

Así, un mismo terremoto en una comunidad que haya tomado medidas preventivas y protectivas puede no suponer una amenaza ni un desastre, mientras que para otra comunidad más vulnerable puede suponer una destrucción masiva de la misma.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES ANTE UNA SITUACIÓN DE CATÁSTROFE

GRUPOS Y MOVIMIENTOS SOCIALES EN LA CATÁSTROFE.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA: Tras una catástrofe las personas tienden a juntarse, asociándose creando un grupo de apoyo humano y fortalecimiento psíquico. Es la respuesta de la población positiva a los desastres. El desarrollo de estas comunidades es más propio de los países más industrializados. Por **comunidad terapéutica entendemos la unión o agrupación que se realiza de forma espontánea, por personas que aún sin conocerse, pretenden compartir y aligerar el peso y consecuencias de los desastres.** El efecto que tiene **compartir, facilita a los damnificados o víctimas de los desastres, la recuperación**, además de **ayudar a restablecer el sentimiento de un cierto control sobre la situación.** Estas agrupaciones, pese a haber conocido los beneficios positivos de compartir, se disuelven una vez que el orden y la normalidad se restituye. En contraposición, en países menos desarrollados, donde la colaboración es ya habitual y necesaria para la supervivencia cotidiana, la creación de la "comunidad terapéutica" se convierte en un factor importante para la recuperación psicosocial. Esta asociación se entiende como una extensión de ese compartir recursos y no como una creación espontánea tras el desastre. Se deduce, por ello, que en los países menos desarrollados se cuenta ya con el hábito de la cooperación, en la creación de comunidades terapéuticas post-desastre.

DINÁMICA DE GRUPOS Y TRATAMIENTO EN GRUPO.

Ventajas cuando las víctimas de una catástrofe forman parte de la comunidad terapéutica.

A saber:

- Al estar en grupo **disminuye el aislamiento y el sentido de unicidad** (ser único y excepcional).
- Se **recupera la autoestima tras la experiencia vivida.**
- Saber que otros han pasado por la misma experiencia, **les conforta.**
- El grupo **permite la expresión de emociones de forma más adecuada.**
- El grupo **ofrece modelos de afrontamiento adaptativos.**
- En grupo **ayuda a los participantes al cambio o la búsqueda de soluciones**



INTERVENCIÓN EN CRISIS

COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES ANTE UNA SITUACIÓN DE CATÁSTROFE

CONDUCTAS Y MANIFESTACIONES COLECTIVAS.

En muchas catástrofes y situaciones de riesgo se observan **conductas colectivas adecuadas**, como por ejemplo el **orden en la evacuación** de una población de riesgo, lo que permite luchar contra la propagación del pánico, o de los rumores. Todos estos comportamientos se caracterizan por el mantenimiento o la restitución de la estructura del grupo, el respeto de las consignas aprendidas y la **ejecución disciplinada** de las órdenes dadas.

Pueden aparecer también **conductas inadecuadas**, como: **considerar que la situación es irreal**, o el **éxodo desorganizado** de un grupo. Desde el punto de vista psicosocial estos comportamientos colectivos se caracterizan por la **desestructuración del grupo** con la desaparición de la jerarquía y la no observación de los valores, de las consignas y de las órdenes.

Las conductas y manifestaciones colectivas más comunes son:

1. **Reacción conmoción-inhibición-estupor.** El comportamiento colectivo inmediato más frecuente. Se ve a los **supervivientes desorientados bajo el shock emocional, sin iniciativa, estupefactos y cuya única movilidad es un lento éxodo centrífugo que los aleja de los lugares de la catástrofe para ganar espacios amplios hacia la periferia**, espacios abiertos u orillas. Describen lentas filas silenciosas de supervivientes siguiéndose los unos a los otros. Esta reacción dura algunas horas y corresponde al periodo de evacuación y finaliza con la detención en un lugar seguro, con progresiva emergencia del estado de estupor colectivo y retorno a la conciencia individual y a comportamientos de búsqueda y ayuda mutua. Para los equipos de salvamento supone una **masiva aferencia de supervivientes y afectados hacia el puesto de Primeros Auxilios, en estado de embotamiento cuando todavía permanecen bajo la influencia del shock emocional o en estado de dependencia y de solicitud de ayuda. La actitud a adoptar debe de ser directiva, frenando el éxodo centrífugo, hacer salir a la población de su estupor y proporcionar los cuidados y auxilios solicitados.** La presencia de los equipos de ayuda acelera el retorno a la lucidez ya que la distribución de cuidados posee un efecto psicológico tranquilizante, y el aporte de información objetiva mitiga los temores y el pesimismo que surge del trabajo descontrolado de la imaginación.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES ANTE UNA SITUACIÓN DE CATÁSTROFE

2. Miedo colectivo: El sentir miedo intenso es una **reacción frecuente pero no es una condición suficiente para que aparezcan conductas de pánico**. Aunque las personas que sientan miedo intenso y estén alteradas, pueden ser rápidamente inducidas a seguir las reglas y normas impuestas por las autoridades.

3. Pánico: Es la **reacción colectiva más temida**, pero no es frecuente. Se puede delimitar como el miedo colectivo intenso, sentido por todos los individuos de una población y que se traduce por las reacciones primitivas de "fuga loca", fuga sin objetivo y desordenada, de violencia o de suicidio colectivo (Crog, 1987).

Los **elementos** que definen una **reacción de pánico** son:

- Componente subjetivo, **intenso miedo**.
- Es un miedo compartido, caracterizado por un **contagio emocional** o "efecto dominó".
- Hay un **componente conductual asociado a huidas colectivas**.
- Hay **efectos negativos para la persona y el colectivo**. Reacciones no adaptativas, individualistas en el sentido de "sálvese quien pueda", que producen **más víctimas que la propia catástrofe**.

Cadena de pasos acumulativos y necesarios para que se produzca conducta de pánico (Smelser, 1962):

- **Sensación de estar atrapado**.
- Malestar general provocado por esa sensación y se produce la **imposibilidad de escapar** de la situación.
- **Dificultad de comunicarse** para pedir ayuda.
- **Percepción de peligro de la vida**. Trabas para movilizarse hacia la huida. Falta de coordinación y de información.

El pánico depende del **grado de coordinación percibido**, del **nivel de información**, de la **experiencia previa** y del **grado de tranquilidad** con que se afronta el hecho.

En un primer momento la gente herida y confusa intenta escapar del área de peligro, entonces el mayor problema es establecer de antemano un número alternativo de rutas de escape que sean posibles y planificar adecuadamente los modos de actuación. **Es más fácil prevenir el pánico que cortarlo una vez desencadenado**.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES ANTE UNA SITUACIÓN DE CATÁSTROFE

Otra visión de la reacción de pánico nos la ofrece el **Comité de Estudios de Desastres del Colegio Nacional de Investigaciones de EEUU**. En una investigación entre los años 1940 y 1950, resume que el **pánico de masas es poco frecuente y que para producirse, deben converger los siguientes factores**:

- Estar atrapados parcialmente, con percepción de pocas vías de escapar.
- Amenaza percibida o real inminente que considera al escape como la única conducta posible.
- Bloqueo total o parcial de la única ruta de escape.
- Fracaso para comunicarse con las zonas posteriores de la masa o a las personas alejadas de la vía de escape, pues ésta está bloqueada, por lo que siguen presionando para intentar huir por una vía inexistente.



4. Huida colectiva y éxodo: Los éxodos son una **variante menos crítica que el pánico pero surge en idénticas circunstancias**, en una atmósfera de miedo similar, de contagio mental y precipitación.

La **condición**, asociadas al éxodo, de **precariedad o amenaza** suponen, frecuentemente, **nuevos peligros para la vida**.

Por ejemplo, en el accidente químico de Bopal en India, el éxodo fue una de las causas de mortalidad: una proporción notable de 2.500 cadáveres que se recogieron sobre la ruta, no solo se habían intoxicado, sino que habían sido aplastados por los coches de gente que huía de la población.

COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES ANTE UNA SITUACION DE CATÁSTROFE

Reacción

Conmoción-inhibición-estupor

Miedo colectivo

Pánico

Huida colectiva y éxodo

Manifestación

Desorientación
Embotamiento.
Estupor.
Éxodo centrífugo.

Sensación de intenso miedo
Riesgo de desembocar en pánico

Fuga sin orden y objetivo
Miedo intenso.
Huidas masivas.
Miedo compartido

Huidas masivas tras miedo intenso,
incluso tras previa
valoración del riesgo.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

COLECTIVOS PROPIOS DE ZONAS Y FASES DE LA CATÁSTROFE.

Comportamientos distintos según zona de catástrofe donde se encuentre el individuo: Se diferencian cuatro zonas concéntricas:

- 1. ZONA DE IMPACTO:** Las destrucciones materiales son muy importantes, con número de muertos y heridos elevado, con **desorganización social total**. Los escasos supervivientes manifiestan reacciones del tipo: *"conmoción-inhibición-estupor"*, con *pérdida de la iniciativa, presentando inmovilidad y postración*.
- 2. ZONA DE DESTRUCCIÓN:** Importantes los daños materiales pero con menor número de muertos y heridos y se destruye **parcialmente la organización social** (p.e. destrucción de edificios administrativos, cuarteles de policía, hospitales etc.). En esta zona, los siniestrados pueden **manifestar comportamientos no adaptativos de indecisión, descoordinación en los actos, huida centrífuga y en ocasiones pánico**.
- 3. ZONA MARGINAL:** Limita la zona de destrucción. **Mínimos daños materiales, número de heridos casi nulo y se conserva la organización social**. Los comportamientos observados se concretan en: *Inquietud, angustia e incertidumbre*.
En esta zona **se encuentran también las reacciones de éxodo centrífugo de las víctimas** que huyen de la zona de destrucción y el movimiento convergente de los grupos de salvamento, familiares y curiosos procedentes de la zona exterior. Igualmente, es en esta zona donde **pueden encontrarse los rumores, las reacciones de pánico y éxodo, así como el desorden en la organización de los auxilios prestados**. Es en esta zona donde debe establecerse el **cordón sanitario** con le objetivo de, por una parte, filtrar el movimiento centrífugo, neutralizando los focos de pánico, y filtrar el movimiento centripeto organizando la penetración de los auxilios en las zonas de destrucción e impacto.
- 4. ZONA EXTERIOR:** Permanece intacta, aunque no siempre la salud mental, dado que los **habitantes están alterados por la proximidad de la catástrofe**. Los **comportamientos masivos que se observan son de conmiseración, de ayuda mutua y de curiosidad que conducen a una convergencia centripeta o acercamiento a las zonas de destrucción e impacto que pueden incrementar el desorden, sobre todo si las autoridades civiles y militares, no adoptan con rapidez las medidas de orden que son precisas y explícitas**. Esta **diferenciación por zonas se aplica bien a determinadas catástrofes** como son los terremotos, tifones, bombarderos, pero su aplicación **es más difícil en siniestros limitados**, como por ejemplo, el incendio de una sala de cine, discoteca o naufragio de un barco. Sin embargo, en la mayoría de los casos **pueden observarse los movimientos de huida centripeta y de convergencia que resaltan la importancia de la zona marginal**



INTERVENCIÓN EN CRISIS

FASES SOCIALES DEL AFRONTAMIENTO DE CATÁSTROFES COLECTIVAS.

diferentes fases de afrontamiento colectivo del periodo posterior de la catástrofe, estas fases son las siguientes:

1. FASE PREVIA Y DE ALERTA.

→ **Fase previa:** En la fase previa al impacto del desastre el **grado de preparación de las autoridades y de la población es determinante para hacerle frente. Es frecuente que tanto las autoridades como la colectividad, nieguen o minimicen el riesgo o amenaza.** Por ejemplo, cuando apareció el Sida, las autoridades buscaron tranquilizar a la población negando la posibilidad de lo que ocurriera o minimizando su alcance. En las conductas de riesgo, se pensó, que las personas se exponían a circunstancias peligrosas por falta de información. Sin embargo, se ha demostrado que el conocimiento de lo peligroso no es suficiente para que la gente no se exponga a él.

También se ha comprobado que **la gente que vive en situaciones amenazantes inhibe la comunicación sobre el peligro y lo minimiza.** En este sentido, personas que viven en zonas en que existen ciertas enfermedades endémicas transmisibles, o que viven cerca de centrales nucleares, evitan hablar del tema o evalúan que el problema no les amenaza particularmente.

→ **Fase de alerta:** Esta fase está delimitada **entre el anuncio del peligro y la aparición de la catástrofe.** Existen señales de alerta y da lugar a un **estado de ansiedad útil, con vigilancia en cuanto al periodo de preparación y medidas de protección.** Si es gestionada sin preparación es cuando da lugar a la **propagación de rumores y de pánico.**

Sin embargo, entre las **poblaciones acostumbradas a las catástrofes**, como por ejemplo las que viven cerca de los ríos que se desbordan o la gente acostumbrada a hacer frente a tornados o tifones, **puede dar lugar a un comportamiento de indiferencia** aparente, que corresponde a resignación o a la **resignación del peligro**, llevando la vida cotidiana habitual sin realizar ningún cambio en sus hábitos. Además de esta **actitud de negación y la incapacidad para manejar emocionalmente la situación, habitualmente se plantea que una parte de la colectividad tiene un comportamiento de aprensión o exageración de la amenaza.** F

Factores que influyen en la falta de respuesta ante la inminencia del desastre, podemos encontrar:

- Dificultad en **abandonar las pertenencias** o creer en lo que está ocurriendo.
- **Información poco clara** e imprecisa.
- El **tiempo que dure la alerta.**
- La organización de la alerta inmediata cuando el peligro se acerca de forma inminente o la difusión de rumores contradictorios

INTERVENCIÓN EN CRISIS

2. FASE DE SHOCK Y REACCIÓN.

→ **Fase de shock:** Es breve, puntual y determinante. Por su violencia y su efecto sorpresa es una agresión a los individuos que induce a un **estado de estrés** más o menos intenso con efectos paralelos: en **primer** lugar, **se moviliza la atención psíquica y la tensión muscular**, y en **segundo** lugar se **provoca una estupefacción psíquica y motora paralizante**. Para las víctimas esta fase es vivida como una situación devastadora, que provoca un cambio en el modo de vida, pérdida de referencias temporo-espaciales, desaparición de la estabilidad e impresión de extrema vulnerabilidad sin protección ni auxilio posible.

→ **Fase de reacción:** Surge de la fase de shock y de las disposiciones mentales inducidas por ella que son:

- Desorientación temporo-espacial,
- Impresión de vulnerabilidad extrema y de ausencia de auxilio,
- Estupefacción o disposición para una huida alocada, pero sobre todo **pérdida de la capacidad de decisión individual racional con la búsqueda desesperada de protección** o de un modelo de actuación procedente de una protección exterior.

Si la fase de shock no ha sido muy violenta, si ha habido una **preparación previa**, si se **mantiene la organización** o el apoyo externo es rápido, los comportamientos que **aparecen son de ayuda mutua**, de participar en los auxilios y de una evacuación ordenada.

Pero **sin una organización** se puede originar una **masa conmocionada, desorientada y aterrada** con conductas inadaptadas del tipo "conmoción-inhibición-estupor" o de pánico. En el momento de la catástrofe, aunque los rumores sobre el fenómeno circulan, las personas prefieren no hablar ni reflexionar sobre el tema. Este mecanismo de evitación cognitiva se puede explicar como una forma adaptativa de enfrentar momentos de gran tensión.

3. FASE DE EMERGENCIA Y RESOLUCIÓN. Existe una **fase de resolución**, que se asocia a la **disminución de la agitación, del pánico y los éxodos**, así como a la **aparición de las conductas adaptadas de ayuda, de socorro y de salvamento**. Las respuestas a catástrofes puntuales (erupción de un volcán, terremoto), inmediatamente después del impacto se produce una **fase de emergencia** que **dura entre dos y tres semanas tras el impacto**. Se observa alta ansiedad con **intenso contacto social y pensamientos repetitivos sobre lo ocurrido**. La gente puede hablar sobre lo ocurrido. **Posteriormente** a estas dos o tres semanas, aparece una segunda **fase de inhibición que dura entre tres y ocho semanas**. Se caracteriza por una **disminución en la expresión**. En esta fase aumenta la **ansiedad, los síntomas psicósomáticos y pequeños problemas de salud**. Igualmente se sufren **pesadillas** y pueden surgir **discusiones y conductas colectivas disruptivas** (Pennebaker y Haber 1953).

INTERVENCIÓN EN CRISIS

4. FASE DE ADAPTACIÓN Y POST-CATÁSTROFE:

Alrededor de **dos meses tras el desastre**, se deja de pensar y hablar sobre lo ocurrido, **disminuye la ansiedad**. Se dan **actividades de organización social, dando importancia a la estructuración del duelo colectivo**. A largo plazo el efecto del estrés colectivo se puede manifestar bajo la forma de miedos "irracionales" no fundados en la catástrofe, problemas como secuelas psicósomáticas o estrés postraumático, etc.

A más largo plazo surge una **mentalidad postcatástrofe, con resignación, aceptación** de dependencia de los poderes públicos. También se caracteriza por el retorno a la autonomía y a la actividad social.

A los cuatro meses los **problemas disminuyen significativamente**, pero **pueden permanecer las respuestas al estrés, como son el insomnio, la anestesia afectiva, los pensamientos recurrentes y la evitación**.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

REACCIONES CONDUCTUALES Y COGNITIVAS.

Conocer las diferentes etapas por las que pasan los afectados por una situación de desastre o catástrofe, ayuda a entender mejor la situación. Esto afecta tanto a los intervinientes oficiales como a cualquier persona involucrada en las intervenciones.

Las reacciones que una persona presentará ante un desastre serán clasificadas como patológicas o normales dependiendo en gran medida de los siguientes factores:

- La intensidad de los síntomas:** tiene que ver con el nº veces que aparece.
- El momento de la aparición:** ya que determinadas reacciones como llorar frecuentemente, son considerados normales en el período de duelo, pero no si éstas aparecen, por ejemplo, después de dos años de la tragedia.
- La duración de los síntomas:** estar muy triste tras haber perdido a un ser querido no es una psicopatología, pero si esta tristeza afecta desde hace un año nuestro rendimiento en el ámbito laboral y familiar, e impide el desarrollo normal de nuestras actividades diarias, entonces sí.

Las reacciones que a continuación se exponen se pueden dar en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes:

1. LOS PRIMEROS MINUTOS.

La primera reacción es el reflejo de orientación. Este reflejo se refiere, de forma simple, a volverse hacia la fuente de la estimulación. Por ejemplo, mirar el suelo cuando empieza a temblar (terremoto). Tiene por objetivo un carácter marcadamente preparatorio y de ahí los siguientes cambios que se producen en la persona en varias áreas de ésta y que son: viscerales, somáticas, neuronales y cognitivas. El reflejo de orientación no es una pauta fija de acción y por lo tanto no es instintivo, sino un patrón complejo de activación cognitiva. Activa la mente y la prepara para recibir información disonante con el medio, como cuando el suelo se mueve o explotan los cristales.

2. A LA SEMANA.

Los síntomas más comunes que aparecen en los afectados durante las tres primeras horas son los siguientes:

- Embotamiento afectivo
- Estrechamiento de la atención
- Reducción del campo de la conciencia
- Incapacidad para asimilar estímulos
- Desorientación
- Agitación



INTERVENCIÓN EN CRISIS

2. A LA SEMANA. 2ª etapa . Aparecen en las 3 horas siguientes,

- Embotamiento afectivo:** Es como una anestesia psíquica o secuestro emocional, que incapacita al sujeto para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura. Hay que estar atentos, ya que el personal de rescate puede pensar que la persona no está afectada.
- Estrechamiento de la atención:** Secundaria al estrés; el foco de atención se estrecha y restringe pues la situación vivida necesita de toda la atención. Puede ocurrir, la "visión en túnel", pues se abandona la información cerebral periférica en favor de la central. Las personas más afectadas por el estrés, el sufrimiento o el dolor, serán incapaces de mantener la atención sobre algo de forma continuada. No conviene darles órdenes o consejos complicados o largas conversaciones pues terminan perdiendo el hilo argumental.
- Reducción del campo de la conciencia:** Consecuencia de la disminución de la atención. La atención implica un proceso de recogida de información que aumenta la conciencia. Si la atención está disminuida por dolor, estrés, sufrimiento, la conciencia también disminuye. La persona afectada solo será consciente de aquello a lo que preste atención. El resultado será que para la persona los fenómenos que le rodean carecen de significado concreto. Llegando a ocurrir que no comprende ni sus propios actos. Por ejemplo: gente deambulando sin rumbo fijo, sin tener conciencia de lo que hace.
- Incapacidad para asimilar estímulos:** Se produce por la falta de atención y produce un desinterés por los acontecimientos que se están produciendo a su alrededor. Los estímulos se convierten en indiferentes, sin poder utilizar la información del entorno en su propio provecho. Por ejemplo: en su vagar, ignorar un puesto de primeros auxilios. Está en estado de distracción que le incapacita para asimilar los estímulos que provienen de su entorno.
- Desorientación:** Se produce una sensación de estar perdido y confuso. No sabe qué ha ocurrido ni como ha llegado a donde está.
- Agitación:** Es de los síntomas más frecuentes. Es una hiperactividad motora, realizando de modo rápido y sin ningún motivo gestos, conductas y movimientos. Se acompaña fácilmente de ánimo ansioso o colérico. También puede presentarse inhibición verbal, con dificultad para la expresión y potencialmente puede ser agresivo hacia sí mismo o hacia los demás. A lo expuesto puede añadirse un mayor alejamiento de la realidad, de negación de ésta, de lo ocurrido, hasta el grado de poder sufrir un estupor disociativo o bien reacciones de agitación o hiperactividad.

El estupor disociativo (OMS) es la disminución o ausencia de motilidad voluntaria. Se permanece acostado o sentado, inmóvil, durante periodos de tiempo. Hay ausencia del habla y movimientos espontáneos y voluntarios. Hay disminución de la reacción normal a la luz, ser tocado, etc.

Cuando fallan los mecanismos normales de ajuste al estrés excepcional de la catástrofe pueden surgir reacciones de ansiedad cuya intensidad o duración pueden ser desproporcionadamente intensas. La frontera entre la activación necesaria para afrontar la situación de amenaza (catástrofe) y una reacción de ansiedad más patológica, depende del nivel de funcionamiento del sujeto.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Las **crisis de pánico** son comunes entre los afectados con sus síntomas negativos como son: la taquicardia, la sudoración excesiva y el rubor. Suelen aparecer en los pocos minutos de haber sufrido el acontecimiento estresante o haber tenido noticia de él. Los síntomas suelen desaparecer en dos o tres días o incluso en horas, acompañándose en ocasiones de amnesia parcial o completa del episodio crítico sufrido.

La **reacción psicológica más grave y común** en este período es la **reacción de estrés agudo**. Las características son:

- Estados de depresión, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, sin predominio de unos sobre los otros durante mucho tiempo.
- Su resolución es rápida en caso de que el estímulo estresante se pueda hacer desaparecer.
- Existe una relación claramente temporal e inmediata entre el impacto y la aparición de los síntomas.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia brusca de **malestar subjetivo** (temor, inquietud, inseguridad), **hipervigilancia** (insomnio, irritabilidad) y **síntomas fisiológicos** (taquicardia, palpitaciones...).

Estas reacciones de ansiedad aguda pueden ser las primeras manifestaciones de un trastorno de pánico (que estudiaremos en reacciones psicopatológicas).

3. HASTA LOS SEIS MESES.



Aparecen primeros intentos por rehacer la vida y asumir las consecuencias de **la pérdida de capacidad de afrontamiento** (personales y fomentados por una red de apoyo) y **los que no consiguen evitar los signos y síntomas de las reacciones psicopatológicas más graves y duraderas**.

Los síntomas anteriormente expuestos pueden exacerbarse y ciertos rasgos pueden hacer que disminuya el umbral para la aparición de un **trastorno por estrés posttraumático**, que se explica en el siguiente capítulo, como reacción psicopatológica.

Esta **predisposición** se encuentra en **individuos con tendencias compulsivas** (deseo o impulso imperioso, a menudo irresistible de efectuar una conducta), en **sujetos asténicos** (falta o decaimiento considerable de las fuerzas) y con **antecedentes de enfermedad neurótica** (sufrimiento emocional, con contacto con la realidad y sin valoración de las normas sociales).

Podemos encontrarlos con una respuesta tardía o diferida. Hay personas cuya sintomatología no pasa nunca de un trastorno por estrés agudo, o puede ocurrir que éste evolucione hacia un trastorno por estrés posttraumático.

Este **período de latencia** va desde el suceso traumático hasta la aparición de los primeros síntomas. Tiene una oscilación temporal que va desde unas pocas semanas hasta varios meses, siendo raro que supere los seis meses.

Es común encontrar durante el **primer mes recaídas en el consumo de alcohol y tabaco**, o la **aparición de nuevas adicciones e incluso de ideación suicida**. Así mismo también es frecuente continuas reminiscencias sobre el suceso, insomnio, aislamiento, ansiedad y tristeza.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

4. VUELTA A LA NORMALIDAD.

Se comienza a **rehacer la vida tras la catástrofe**. La persona aprende a vivir con las consecuencias de lo vivido. Este aprendizaje ocurre desde el primer instante. La mente tiene que **enfrentarse a ideas que nunca antes imaginó** posibles, pues el sentimiento de invulnerabilidad que posee el ser humano nos hace creer que estas cosas solo le pasan a los demás.

El tiempo que tarde la persona en rehacer su vida de nuevo adaptada a su entorno. **dependerá de las siguientes:**

- **Estrategias de afrontamiento:** es el esfuerzo tanto cognitivo como conductual para hacer frente a una situación estresante.
- **Distanciamiento producido:** se refiere al esfuerzo que se realiza para olvidar lo ocurrido.
- **El autocontrol real y percibido**
- **La búsqueda efectiva de apoyo real:** buscar ayuda o pedirla que posibilite su vuelta a la normalidad.
- **Escape o evitación de la situación estresante:** es el esperar a que ocurra un milagro. No se afronta el problema de una manera constructiva y efectiva.
- **Planificación de la solución del problema:** se refiere a la elaboración de un plan de acción y seguirlo.
- **Existencia de una mínima evaluación positiva:** la experiencia siempre enseña algo, permite madurar.
- **Los esquemas cognitivos:** la estructura cognitiva o de pensamiento que dirige su percepción, codificación, organización y recuperación de la información del entorno. Por ejemplo: un esquema cognitivo depresógeno tiene almacenadas actitudes disfuncionales de contenido depresivo. La hacen vulnerable a la depresión. Afecta de tal forma que se tiene una percepción distorsionada y negativa de sí mismo, del mundo o del futuro.
- **De las circunstancias personales que le tocó vivir en la catástrofe:** seres que perdió, apoyo emocional recibido, etc.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

EXPLICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

DEPENDIENDO DE LA REACCIÓN PSICOPATOLÓGICA.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN Según el tipo específico de alteración o reacción que presente la persona, la necesidad de atención psicológica y las técnicas seleccionadas cambiarán. Entre las técnicas psicológicas podemos distinguir las que se detallan a continuación:

1) **TÉCNICAS PARA REDUCIR LA ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA O EL NIVEL DE TENSIÓN.** Podemos incluir las técnicas de relajación, control de la respiración y las de *biofeedback*.

- las **técnicas de relajación** son útiles para hacer frente al estrés, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz. El estrés puede debilitar mentalmente a la persona y la relajación permite facilitar el restablecimiento de la claridad de pensamiento.

Además es más posible que la persona acceda a los pensamientos positivos cuando está relajada que ante el estrés, esto lleva a una relación entre relajación y afrontamiento.

La relajación es una eficaz medida de autocontrol en los momentos críticos que permite reducir el impacto de los síntomas somáticos (frecuencia cardíaca, tensión muscular, frecuencia respiratoria...).

- Las **técnicas del control de la respiración**, es útil puesto que la ansiedad con frecuencia va acompañada de síntomas de hiperventilación. Los cambios respiratorios pueden provocar miedos porque son percibidos como amenazantes o aumentan el miedo ya provocado por otros estímulos.

Así cuando se regula la respiración, se tiende a controlar la tensión y se reduce la activación psicofisiológica (esta técnica está explicada con detalle en la unidad didáctica 7).

- Las **técnicas de biofeedback**: estas técnicas proporcionan a la persona una o varias de sus señales fisiológicas, como la frecuencia cardíaca, tensión arterial... que se produce ante determinados estímulos.

Con la ayuda de unos instrumentos más o menos complejos, que recogen y codifican las respuestas emitidas por el organismo, se devuelven las señales a la persona, generalmente de forma visual o auditiva.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

EXPLICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

DEPENDIENDO DE LA REACCIÓN PSICOPATOLÓGICA.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

2) **TÉCNICAS PARA MODIFICAR LA FORMA EN LA QUE LA PERSONA ESTÁ PERCIBIENDO LA SITUACIÓN TRAUMÁTICA.**

- **Técnicas cognitivas.** Este tipo de técnicas se centran en los componentes cognitivos del estrés o la depresión. Por medios de estas técnicas se busca que las personas afectadas aprendan a controlar y a modificar sus pensamientos. Pues se piensa que lo que uno se dice así mismo afecta al estado de ánimo y en su conducta posterior.

El *entrenamiento en autoinstrucciones* que se suelen utilizar para *contrarrestar* las autobevalizaciones internas o los pensamientos automáticos para frenar o cambiar el efecto negativo de estos pensamientos que incapacitan para manifestar afrontamientos positivos.

- **Distracción del pensamiento**, es una técnica útil para desconectar de los pensamientos calientes y de las sensaciones corporales asociados a la ira y ansiedad. Se busca interrumpir el curso del pensamiento para evitar que éstos vayan a más.

- La **inoculación del estrés** es una técnica específica para el control de la ansiedad mediante un entrenamiento en habilidades para disminuir la tensión y la activación psicofisiológica y cambiar la interpretación negativa por otra más adaptativa que le permita afrontar el estrés.

- Las **técnicas de desensibilización** se basan en la idea de que las crisis de angustia son reacciones de alarma condicionadas (aprendidas) a las sensaciones corporales. Se persigue romper estos aprendizajes o asociaciones entre la sensación corporal y la ansiedad. Para ello se *expone a la persona de forma gradual a las situaciones que provocan la ansiedad*. También es eficaz lo contrario, *apartar a la persona de los estímulos que están provocando estas conductas inadecuadas*.

- La **técnica EMDR**. Constituye una herramienta eminentemente práctica que ayuda a mejorar o eliminar los síntomas traumáticos, a través de la acción de movimientos oculares rítmicos. Se trabaja con el recuerdo de la situación traumática, con las imágenes, recuerdos visuales y sensoriales. La persona debe concentrarse en ellos. Se piensa que al inducir los movimientos oculares y la estimulación bilateral del cerebro se procesan las experiencias vividas quedando almacenadas como un mal recuerdo pero no como una vivencia del presente.

- La **terapia de exposición narrativa**, consiste en que los pacientes rememoren paso a paso la concatenación de los acontecimientos, construyendo una exposición coherente a partir de los fragmentos. De este modo puede superarse la crisis de angustia y el pánico que les domina.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

EXPLICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

DEPENDIENDO DE LA REACCIÓN PSICOPATOLÓGICA.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

3) TÉCNICAS PARA MODIFICAR LAS CONDUCTAS QUE LA PERSONA EMITE.

- **Entrenamiento en habilidades sociales**, como vimos en la unidad didáctica 2, las habilidades sociales son necesarias en las relaciones interpersonales. Pues proporcionan beneficios afectivos (consiguiendo relaciones satisfactorias con los otros) e instrumentales (son habilidades que nos permitirán conseguir nuestros propósitos en la comunidad).

Las habilidades sociales son conductas orientadas hacia unos objetivos y situaciones determinadas como por ejemplo, la asertividad.

- **Resolución de problemas**. Las personas que se han visto sometidas a situaciones de elevado estrés, tienden a eludir las soluciones prácticas a los problemas pequeños.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

INTERVENCIÓN SOBRE REACCIONES PSICOPATOLÓGICAS ESPECÍFICAS

→ REACCIONES DE PÁNICO:

la ansiedad aguda (como una de las reacciones normales ante estas situaciones) puede ser la antesala para la aparición de un trastorno de pánico.

La persona que ha padecido una crisis de este tipo, suele estar pendiente de sus sensaciones corporales, interpretando de forma alarmista cualquier cambio en las sensaciones internas.

En esta situación la actuación se planteará atendiendo a los siguientes objetivos:

A corto plazo, procuraremos disminuir los síntomas que incapaciten al sujeto (reducir el nivel de ansiedad), intentando devolverle su funcionamiento y control adaptativo. Para ello tranquilizaremos a la persona de sus miedos y temores.

A medio plazo, se pretende mejorar la autoestima y las capacidades de resolución de conflictos y problemas. Por medio de la ventilación de emociones la persona podrá recuperar el equilibrio emocional.

Trastorno

- Ataque de pánico o crisis de angustia

Posible intervención psicológica

- Entrenamiento en relajación.
- Desensibilización sistemática.
- Entrenamiento en habilidades comunicativas.

→ REACCIONES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICA:

Este trastorno aparece cuando la persona ha estado expuesta a un suceso traumático. Es decir, experimentar, tener en frente o ser testigo de un evento que supone la muerte o amenaza para la vida, herida grave o riesgo para la integridad física.

Trastorno

- Trastorno de estrés posttraumático

Posible intervención psicológica

- Biofeedback
- Terapia cognitiva.
- EMDR.
- Terapia de exposición narrativa.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

→ LAS REACCIONES DE SOMATIZACIÓN

Los trastornos por somatización o psicósomáticos se caracterizan por la *tendencia a experimentar síntomas que el sujeto atribuye a enfermedades orgánicas y no pueden ser explicadas por las diferentes exploraciones físicas realizadas*. El paciente *múltiples quejas físicas y demanda constantes consultas a médicos y exploraciones*. Las quejas pueden afectar a cualquier aparato o sistema orgánico: digestivo, dermatológico, respiratorio, etc.

Trastorno	Posible intervención psicológica
<ul style="list-style-type: none">• <i>Reacciones psicósomáticas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Información.• Técnica en relajación.• Manejo de estrés.• Terapia cognitiva

El paciente que somatiza realmente expresa sus dificultades personales en términos siempre somáticos. *Ante las demandas (estresantes) ambientales responde con un incremento del dolor y otras disfunciones orgánicas*. Lo que podemos hacer es: escuchar la descripción de síntomas que realice el paciente, intentar identificar el síntoma clave, intentar confrontar a la persona con el agente estresante y el síntoma somático, instruir en técnicas psicológicas y explicar lo que le pasa.

→ REACCIONES DISOCIATIVAS:

Estas reacciones *aislan a la persona del impacto de la situación de amenaza (catástrofe) o de sus recuerdos dolorosos*. Estos trastornos disociativos, especialmente la insensibilidad, se consideran posibles predictores de la aparición de trastornos postraumáticos crónicos. El episodio traumático se revive una y otra vez de forma intrusiva y otras veces se presentan dificultades para recordarlo.

Trastorno	Posible intervención psicológica
<ul style="list-style-type: none">• <i>Reacciones disociativas</i>	<ul style="list-style-type: none">• - Autoinstrucciones.• - Entrenamiento en solución de problemas.• - Manejo de estrés.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

→ REACCIONES DEPRESIVAS:

La persona que está deprimida suele entrar metida en un ciclo no adaptativo consistente en pensar de forma negativa e interpretar negativamente todo lo que le ocurre o le rodea, y actuar de forma equivocada, es decir tender a aislarse de la gente, buscando la soledad y las actividades gratificantes.

Por esto las técnicas más empleadas van dirigidas al cambio de pensamientos negativos, al entrenamiento en habilidades sociales y planificación de actividades placenteras, así como técnicas de relajación si es necesario.

Trastorno	Posible intervención psicológica
<ul style="list-style-type: none">• <i>Reacciones depresivas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Técnicas de relajación.• Técnicas cognitivas.• Entrenamiento en habilidades sociales.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

