

Re-pensar modelos de intervención en crisis en atención al desastre. Integración de intervenciones para la psicosis en crisis masivas desde un modelo de psiquiatría psicodinámica

Re-thinking crisis intervention models at disaster attention. Integration of psychosis' interventions at massive crisis from a psychodynamic psychiatry model

José Rubén Palafox Cabral^{ab}

^aInstituto Mexicano de Psicooncología

^bCentro de Estudio de Neurociencias y Psicología del Estado de Chiapas

Historia editorial

Recibido: 14-01-2021

Primera revisión: 19-03-2021

Aceptado: 24-03-2022

Palabras clave

crisis. intervención en crisis.
psicosis. atención comunitaria.
psiquiatría psicodinámica.

Resumen

En el presente artículo se abordará la calidad de atención en las intervenciones psicológicas en los desastres, esto, con especial atención a la inclusión de crisis psicóticas en la intervención. Para ello, se tomarán en cuenta modelos hospitalarios para su replicación en la zona de desastre y modelos de intervención temprana en la psicosis. Asimismo, se intentará ampliar la explicación de la teoría de la crisis, desde una teoría de la crisis conforme al desarrollo y la oportunidad (Slaikou, 1984) hasta una teoría integral de la crisis en la psiquiatría psicodinámica (Lewis, 2008; Huerta et al, 2010; TARRIER y Taylor, 2014; Fernández y Carballeda, 2017). Bajo las condiciones ya mencionadas, se propondrán modelos de prevención y seguimiento incluyendo pacientes psicóticos, estructurando un replanteamiento de la teoría del trauma fuera de la condición de funcionalidad. Finalmente, se señalarán las vetas para futuros trabajos.

Abstract

This article will address the quality of care in psychological interventions in disasters, this, with special attention to the inclusion of psychotic crises in the intervention. To do this, hospital models will be taken into account for their replication in the disaster area and early intervention models in psychosis. Likewise, an attempt will be made to expand the explanation of crisis theory, from a theory of crisis according to development and opportunity (Slaikou, 1984) to a comprehensive theory of crisis in psychodynamic psychiatry (Lewis, 2008; Huerta et al., 2010; TARRIER y Taylor, 2014; Fernández y Carballeda, 2017). Under the conditions already mentioned, prevention and follow-up models including psychotic patients will be proposed, structuring a rethinking of the theory of trauma outside the functional condition. Finally, the veins will be indicated for future works.

Keywords

crisis. crisis intervention.
psychosis. community care.
psychodynamic psychiatry.

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y MODELOS DEL DESARROLLO

La intervención en crisis como modelo de intervención psicosocial tiene su fundamento en una teoría del desarrollo que supone el devenir del paciente en etapas específicas que corresponden a un interaccionar con el ambiente en torno a un ciclo de expectativas y regulaciones. Cuando las condiciones de expectativa se ven interrumpidas por un agente suficientemente disruptivo, sea por condiciones de la regulación o no, se presenta una crisis. Entendemos por ello que la condición de crisis vital supone una relación directa con elementos teleológicos específicos y supone, a su vez, una expectativa de suyo en torno a la regulación que soporta la condición vital. No es hasta que ponemos la mirada en la regulación en sí misma que entrevemos la disruptiva como un elemento normativo en la incorporación de las nuevas regulaciones que supondría dicha disrupción. ¿Es acaso necesario que la condición disruptiva se asimile, o bien se erradique de la caracterización normativa que las regulaciones y expectativas suponen? Parecería, al menos desde la fundamentación teórica del desarrollo, que es completamente necesario, inclusive algo deseable. Sin embargo, pensamos la condición de desarrollo como una fuente de continuidad normativa, más que una situación discontinua en la disrupción. Aún así, hablamos de crisis vitales.

Propuestas de intervención en el desarrollo, que sostiene la teoría de la crisis, señalan la facultad de integración en medida de la organización o desorganización de la conducta del paciente, lo que supone la vulneración o reducción de las defensas psíquicas del mismo. Bajo este esquema la relación de la expectativa y la regulación condiciona la comprensión de la crisis a su paso por la adecuación de la disrupción. Este modelo supondría una crisis como una condición contingente pero constante en la vida, a lo que su tránsito correspondería una relación mejoría-empeoramiento que supone necesaria la teleología en la expectativa y la regulación.

Señala Slaikeu (1984) que las condiciones de la crisis no tienen que ver con un esquema temporal específico, sin embargo, clasifica como agudos y crónicos, sea cual sea el caso según su duración, los tiempos de adecuación a la disrupción. Esta clasificación supondrá la intervención como un modelo de atención temprana, pero supondría, también, que la intervención es un elemento readaptativo (según la condición de vulneración o reducción de las defensas psíquicas) más que una condición preventiva. Si bien la propia intervención supone un tipo de prevención en la agudización de los síntomas ante eventos posteriores, no podríamos llamar a esta preventiva en sí misma por el corte de readaptación que supone la propia teoría de la crisis.

Cabe resaltar que intervenciones psicosociales fuera del ámbito psicoterapéutico en torno a los desastres¹, como los primeros auxilios psicológicos (PAP), no han demostrado ninguna eficacia para resolver o prevenir psicopatologías derivadas de la disrupción vital (Cortés y Figueroa, 2011), por lo que habría que explorar una nueva comprensión en los modelos de intervención para que su amplitud sea efectiva. Ahora bien, si el modelo de la teoría de crisis parece insuficiente para una intervención a gran escala como supondría un desastre no habría que demeritar su uso dentro de programas de respuesta, puesto que el objetivo fundamental de los PAP será recuperar la funcionalidad frente a la crisis, lo que implica también que el trabajo conjunto con cuerpos médicos sea más accesible y eficaz (SSA, 2002). Si bien la intervención posterior es también un objetivo dentro de la intervención en crisis difícilmente habrá continuidad terapéutica tras la operación frente al desastre, ya sea por falta de recursos, humanos o materiales, ya sea por falta de

1 Entendemos por desastre toda aquella situación disruptiva de forma masiva en la cual condiciones azarosas o eventos fortuitos trasgrede la cotidianidad de una comunidad o grupo social. p.e.: inundaciones, explosiones, terremotos, ataques terroristas, etc.

tiempo durante la intervención de los grupos de respuesta, a saber, habrá que derivar a recursos hospitalarios dentro de la zona de desastre.

Las condiciones de la intervención en crisis no suponen, además, un tipo específico de atención a los afectados en el desastre, sino que instrumentalizan su regreso a funciones según consideraciones de intervención no terapéutica que no contemplan dentro de sí episodios graves como condición de intervención psicosocial, entendidos estos desde una comprensión de ausencia o prevalencia del principio de realidad, siendo estos agudos o crónicos, puesto que el papel de dicha intervención (de primer orden) se limita al restablecimiento de la funcionalidad. Es decir, que si bien dentro del *triage* psicológico las condiciones psiquiátricas como factores de riesgo y los síntomas psicóticos frente al evento disruptivo se consideran de alta prioridad (Ruiz, 2015), las intervenciones terapéuticas posteriores al desastre (de segundo orden) son las más adecuadas ante estas condiciones. Sin embargo, habrá que señalar que la zona de desastre cuenta con un periodo de tiempo limitado ante la intervención del grupo de respuesta, por lo que las intervenciones de segundo orden quedan descartadas de antemano para ser delegadas a los recursos hospitalarios adyacentes.

CRISIS, APROXIMACIONES DE LA PSIQUIATRÍA PSICODINÁMICA

Dentro de la intervención en crisis encontramos una limitante en las teorías del desarrollo a través de su carácter preventivo, por lo que habría que redimensionar la crisis para que su alcance contemple la condición prodrómica de la psicopatología. Es en la psiquiatría, a través de su clasificación de la historia natural de la enfermedad, que encontramos un acercamiento a la psicopatología que comprende suficientemente las condiciones epigenéticas y genéticas como factores previsibles frente a las consideraciones de la psicoterapia, que supone una relación de cura. Entendemos esto puesto que “las metas del manejo psicoterapéutico pueden variar entre lograr un alivio completo, lograr una mejoría relativa o impedir el deterioro” (De la Fuente, 1997, p.340). Es así como las consideraciones dentro de las intervenciones psicosociales parecerían insuficientes como modelos de prevención, pero funcionarían como modelos terapéuticos. Cabe aclarar que existen modelos de prevención secundaria dentro de psicoterapias conductuales que se estructuran como una línea de trabajo en psiquiatría (Tarrier y Taylor, 2014), sin embargo, no serán pieza en este trabajo². Así pues, que exista un carácter preventivo en el enfoque psiquiátrico no es suficiente por sí mismo para explicar ni la redimensión de la crisis ni el funcionamiento de dicha prevención.

Comprenderemos la crisis a partir del entendimiento psicodinámico de la psiquiatría, estableciendo que dicho acercamiento contempla una relación de factores que integran la práctica psicoanalítica como método de investigación y como psicoterapia y la psiquiatría en intervenciones farmacológicas a la vez que psicoterapéuticas. Esta condición de la psiquiatría corresponde a buscar un modelo más allá del organicista, descentralizando la enfermedad mental del ámbito médico, pero conservando la atención hospitalaria (Jarne, 2010, p.120). Así pues, habremos de suponer la condición de crisis como una emergencia³ dentro de las funciones del yo, sin importar el detonante. A diferencia de las teorías del desarrollo, comprender una emergencia no supone el avance teleológico a la mejora-empeoramiento, sino que permite dimensionar los alcances de la estructura del paciente con su principio de realidad. En este sentido, la comprensión de la crisis, tal como la describe las teorías del desarrollo, así como nuestra comprensión de la emergencia, asemeja a los síntomas psicóticos.

Comprenderemos los síntomas psicóticos como algo diferente, pero semejante, del trastorno psicótico, en donde “el paciente tiene una pérdida de la realidad, una regresión de la libido sobre el yo y una construcción de delirio como tentativa de curación” (Garibaldi, 2020, p. 277), puesto que

² Esto no por la falta de eficacia en el tratamiento, sino por la poca capacidad de adaptación a entornos de desastre por recursos de tiempo y materiales.

³ Entendemos emergencia como todo aquello que surge fortuitamente y rebasa la capacidad de ser contenido con los recursos (en este caso psíquicos) actuales.

el trastorno psicótico solamente tiene clasificación dentro de una estructura psicótica por medio de la forclusión del nombre del padre, mientras que los síntomas psicóticos no son exclusivos de una estructura y pueden ser comprendidos más allá de la forclusión. Es decir, los síntomas psicóticos pueden ser vividos como episodios agudos (y en ciertos casos crónicos) que se presentan en padecimientos psiquiátricos y no psiquiátricos, pero no constituyen un trastorno en sí mismos. Es así como la noción de crisis será vinculada a un evento emergente que supondría la noción de la realidad en términos de síntomas positivos.

APROXIMACIÓN AL MANEJO DE LAS CRISIS

La comprensión de la crisis en medida de la emergencia dentro de las funciones del yo, es decir, en medida de la incapacidad de regulación de sí mismo frente a un detonante, nos lleva a pensar una diferencia de grado y, con ello, a establecer las semejanzas con los síntomas psicóticos. Es por ello por lo que la intervención en crisis en este sentido habrá de concentrarse en la respuesta gradada a través del *triage*. A diferencia de intervenciones como los PAP la intervención en crisis habría de tener una intención terapéutica, sin embargo, los recursos en el lugar del desastre son limitados y, por ello, habría de suponer su uso en aquellas instancias en donde pueda hacer una diferencia en pro de la prevención como la hemos comprendido por medio de la psiquiatría.

Para establecer la diferencia habría que comprender que el *triage* psicológico nos señala la Prioridad 1 a elementos que comprenden rasgos similares a los síntomas psicóticos, esto por la comprensión de sustrato de la realidad o de delirio, haciendo tanto de los ataques de pánico como las autolesiones suficientes para la categorización. ¿Es suficiente que, dentro de la categorización de estos espacios no exista un modelo de intervención único que contemple la relación de condiciones psiquiátricas e intervenciones psicológicas? De ahí que la diferencia de grado suponga el método de intervención, a diferencia, por ejemplo, de la Prioridad 3, en donde parecería inclusive un desperdicio utilizar el servicio de intervención psicosocial. Dentro de la clasificación de Prioridad 1 habríamos de clasificar aquello que, dentro de un marco subjetivo, correspondería a una urgencia⁴, comprendiendo la diferencia de grado por el origen, el objetivo y la sintomatología de esta (Rivera y Gómez, 2018). Siendo necesario que la intervención se realice conforme a un objetivo no terapéutico específico (evitar la escisión, reducir la agresión, controlar las defensas, etc.), habrá de asignar objetivos terapéuticos para lograr la condición de prevención.

Así pues, hablar de una intervención de base psiquiátrica no es pensar en psiquiatrizar o psicologizar la totalidad de interacciones, sino que pretende resolver la intervención en medida de los episodios. Sería conveniente, asimismo, revisar las clasificaciones del *triage* psicológico fuera de la teoría del desarrollo. Sugerimos dentro de la intervención la psiquiatría psicodinámica por la facultad del uso de la psicosis de transferencia⁵ posible como herramienta de trabajo en las intervenciones, así como el uso conjunto de fármacos. Así pues, habrá que asignar objetivos terapéuticos en medida de las relaciones transferenciales según insipiente, agudeza, cronicidad y, sobre todo, gravedad. Cabe resaltar que los objetivos deben cumplir la condición de intervenciones ambulatorias, puesto que los recursos del grupo de respuesta serán limitados a lo proyectado del desastre.

Los modelos de intervención temprana en la psicosis (Fernández y Carballal, 2017), así como los modelos conjuntos de tratamiento terapéutico en las psicosis (Lewis, 2008) forman parte de un corpus de intervenciones con carácter preventivo en el tratamiento de episodios agudos que ha reu-

4 Comprendemos urgencia como aquello que, dentro de la emergencia, amenaza directamente la integridad de aquello que le sostiene (en este caso, la integridad del yo).

5 Comprendemos la psicosis de transferencia como la comprensión de los mecanismos psicóticos de defensa propios del analista (en este caso del interventor) a través de los mecanismos del paciente. Relación de inconsciente a inconsciente que basamenta la cura en medida de la comprensión y sirve como condición de prevención a episodios agudos. Una propuesta de tratamiento está presente en Resnik (1977), por lo que se sugiere ampliamente confrontar la literatura.

nido significativa evidencia de su eficacia. Bajo esta condición el objetivo terapéutico es la psicoeducación y el afrontamiento a los síntomas positivos. Como un tratamiento ambulatorio podemos entender el alcance en la condición de urgencia frente a la emergencia del desastre más allá del sentido de crisis de la teoría del desarrollo.

De la misma manera, modelos hospitalarios en urgencias pueden ser trasladados a la zona de desastre en medida de su comprensión terapéutica por fuerza de su intervención no terapéutica. Huerta et al señalan, por ejemplo, la intervención en urgencias psiquiátricas en pacientes psicóticos como una intervención a los síntomas positivos y una posterior intervención psicosocial, esto teniendo como meta la psicoeducación, la identificación de factores detonantes y la remisión de próximos episodios (2010). Como un tratamiento ambulatorio, el traslado de intervenciones hospitalarias a zonas de desastre correspondería a una aproximación de la desaparición de síntomas positivos por terapia farmacológica y psicoterapia y el alcance de objetivos terapéuticos como meta. A consideración quedan los recursos materiales que se requieren para la intervención.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión, hemos de pensar la intervención según las condiciones que se han planteado, tomando como objetivo una emergencia que asemeje síntomas psicóticos, como base para la prevención de episodios posteriores en donde la relación de intervenciones psicosociales corresponda con los objetivos terapéuticos. A continuación, presentaremos un ejemplo conciso del modelo de intervención más allá de las teorías del desarrollo.

Entenderemos, entonces, una intervención psiquiátrica de manera que reduzca, en primera instancia, los síntomas positivos, y en segunda ofrezca una alianza terapéutica suficiente (por medio de la psicosis de transferencia) para la psicoeducación y la adhesión al tratamiento, por lo que, según las recomendaciones del Massachusetts General Hospital y McLean Hospital, la terapia farmacológica para síntomas psicóticos para pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos con episodios agudos centrada en antipsicóticos de primera o segunda generación (exceptuando clozapina) es la línea de primera elección (2010, p. 96), complementada con intervenciones psicosociales psicoanalíticas de las psicosis.

Se recomienda para la intervención no terapéutica la aplicación farmacológica (monoterapéutica) de Olanzapina (Zyprexa IM) presentación ampulas liofilizado 10mg/2ml (IM). Dosis recomendada en adultos 10mg (Intramuscular, dosis única). Segunda dosis hasta 10mg (IM) dos horas después de la primera inyección (Por Razón Necesaria). Tercera dosis hasta 10mg (IM) cuatro horas después de la segunda (PRN). A saber, como primera intervención debe suponer el episodio agudo sin posibilidad de intervención psicosocial. Una vez evitada la urgencia, correspondería la intervención de la emergencia a través de psicoterapia (preferencialmente a través del trabajo de psicosis de transferencia aún si el trabajo es una sesión de intervención única). Debe continuarse, de manera conjunta, la aplicación del tratamiento farmacológico a manera de prevención de episodios posteriores. Se recomienda encomendar un guardián o tutor. A esto, se indica un cambio en la presentación del medicamento, Olanzapina (Zyprexa) presentación tabletas 5mg-10mg. Dosis recomendada en adultos (Dosis habitual) 10mg/24h (Vía Oral) ((5-20mg/día (VO)) por 2-3 meses según consideración clínica. Los efectos farmacológicos del medicamento ayudarán al mismo tiempo a evitar un episodio posterior y a reducir síntomas prodrómicos de trastornos por trauma (p.e. insomnio), por lo que su continuidad aún sin el acompañamiento psicoterapéutico es altamente recomendable (PLM, [2012]1944: 3882, 3886).

A saber, no existe una distinción entre pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos que diferencie el modelo de trabajo de intervención en crisis según el modelo propuesto, por lo que las recomendaciones suponen, asimismo, un criterio médico-psicológico para la discriminación y el diagnóstico. De la misma manera se sugiere fuertemente el replanteamiento de la estandarización del *triage* psicológico, ya que las consideraciones de la teoría del desarrollo parecen insuficientes para la atención

masiva en zonas de desastre, así, los planteamientos formulados desde la psiquiatría psicodinámica pueden responder a las ausencias de intervenciones anteriores. Asimismo, la distinción entre crisis, emergencia y urgencia sugiere una revaloración de los procesos prodrómicos que suponen elementos de prevención psicopatológica.

Las condiciones de la intervención aquí planteadas habrían de suponer su protocolización y estandarización para la confirmación o negación de las hipótesis supuestas en el trabajo, por lo que éste dista mucho de estar completo o siquiera ser funcional. Sin embargo, se espera que las relaciones teóricas aquí establecidas, en cuanto a su devenir técnico, puedan abonar a los campos de intervención en desastres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cortés, P. y Figueroa, R. (2011). *Manual ABCDE para aplicación de primeros auxilios psicológicos en crisis individuales y colectivas*. (1ra edición). Chile: CONICYT-CIGIDEN.
- De la Fuente, R. (1997). Psicoterapia. En R. de la Fuente, M.C. Lara, *La patología mental y su terapéutica I*. (2da reimpresión, 2013). México: Fondo de Cultura Económica.
- Fernández, X. y Carballal, A. (2017). Intervención y prevención temprana en psicosis: la estrategia australiana. *Psicopatología y salud mental*, 29, 27-36.
- Garibaldi, G. (2020). *Trastorno Psicótico. Tratado de psicopatología*. (1ra edición). México: Cuéllar Ayala.
- Huerta, M., Leira M., Correas, J. y Chinchilla, A. (2010). El paciente psicótico en urgencias. En A. Chinchilla, J. Correas, F. Quintero y M. Vega (Coords.), *Manual de urgencias psiquiátricas*. (1ra edición). España: Elsevier Masson.
- Jarne, A. (2010). Introducción a los tratamientos en psicopatología. En A. Jarne y A. Talam (Comp.), *Manual de psicopatología clínica*. (1ra edición). España: Herder.
- Lewis, A. (2008). Neuropsychological deficit and psychodynamic defense models of schizophrenia: towards an integrated psychotherapeutic model. En J.F.M, Gleeson, E. Killackey y H. Krstev (Eds.), *Psychotherapies for the Psychoses*. Theoretical, cultural, and clinical integration. pp. 52-69, (1ra edición). Canadá: Routledge.
- Massachusetts General Hospital y McLean Hospital. (2010). *Residency Handbook of Psychiatry*. (1ra edición). Estados Unidos: LWW.
- PLM. ([2012]1944). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. (58va edición). México: FARMA.
- Servicios de Salud Mental (SSA). (2002). *Formación de replicadores; Atención psicológica de primer contacto para casos de desastre*. México: Praxia.
- Slaikew, K. (1984). *Consideraciones teóricas. Intervención en crisis; Manual para práctica e investigación*. (2da edición, 1996). México: Manual Moderno.
- Resnik, S. (1977). Teoría y técnica psicoanalítica de la psicosis. En L. Grinber et al., *Prácticas psicoanalíticas comparadas en la psicosis*. Vol. 54. Argentina: Paidós.
- Tarrier, N. y Taylor, R. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En D. Barlow, *Manual clínico de trastornos psicológicos; Tratamiento paso a paso*. (1ra edición). México: Manual Moderno.
- Rivera, N. y Gómez, Á. (2018). *Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales: una propuesta desde el marco de las urgencias subjetivas*. *Psicogente*, 21(39), 203-215.
- Ruiz, E. (2015). El triage psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias? *Cuadernos de crisis*, 14(1), 1-5.