

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL PRIMARIA*

Esther Urpinas** y Teresa Vilas***

Presentación

A partir de unos determinados acontecimientos ocurridos en la zona del Baix Llobregat (Barcelona) como fueron los ocurridos últimamente –el accidente de autocar en Soria, la explosión de gas en Gavà, el temporal de viento en Sant Boi– y en los cuales, como centro de salud mental primaria del sector tuvimos que intervenir, hemos reflexionado sobre como mejorar nuestra intervención para que esta resulte lo más eficaz posible, especialmente, con los niños y adolescentes.

Sabemos que cuando se generan situaciones traumáticas, la realidad irrumpe de una manera aterradora en la cabeza del niño y del adolescente, el mundo que le rodea deja de ser seguro generando una sensación de indefensión, de desorientación, que afectan no solo a nivel emocional sino también biológico y social.

Marco teórico

Mencionaremos algunas ideas que nos han ayudado a construir nuestro trabajo clínico con estos niños y adolescentes.

La vivencia traumática, según Pedro Lesta, se caracteriza, como decíamos en la presentación, porque el mundo externo irrumpe de tal forma en el psiquismo que lo paraliza y lo desorganiza. El trauma psíquico es una situación

*Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

**psicóloga clínica del CSMIJ de Gavà. Fundació Orienta correspondencia: eurpinas@fundacioorienta.com

compleja que implica una interacción distinta entre la realidad externa y la interna. Esta interacción es tal que pone en juego en la persona vivencias de desvalimiento y de desamparo.

Según este autor, el yo regresa a unas pautas madurativas anteriores y, en este sentido, habla de regresión. En este aspecto podríamos encontrar la aparición de trastornos de carácter regresivo: desde la pérdida del control de esfínteres a situaciones de dependencia extrema.

Una situación traumática externa, tal como nos explica García Reynoso, al no poder ser simbolizada, se transforma en un trauma interno. Cobrará valor de trauma si no puede ser metabolizada, simbolizada y transformada en pensamiento y acción.

Las situaciones traumáticas producen pérdidas, a veces muy importantes para la vida y el equilibrio de las personas pero, según Chaim F. Shatan, una de las más importantes y que está siempre presente es la pérdida de la capacidad para confiar en los otros seres humanos.

Este autor explica cómo, para adaptarse al estrés abrumador la persona necesita desarrollar una nueva forma de vida adaptativa. Esta nueva forma de vida adaptativa suele ser disfuncional y está en la base de los síntomas y síndromes en los cuales el pasado se hace presente de manera invalidante. Aquí nos encontramos, para mencionar algunas reorganizaciones, las huidas de carácter fóbico y los duelos congelados en los que el sentimiento se desconecta de la realidad.

Desde un punto de vista terapéutico son diversos los autores que nos hablan de ayudar a la persona a hacer resurgir los factores resilientes. Entre ellos citaremos a Jay H. Berk que observó que existían una serie de factores, tanto internos como externos a los niños, que fomentaban la resiliencia. Entre estos mencionan la capacidad de la familia y del entorno de los niños para hacer frente al problema. Es decir, para poder contener la ansiedad que aparece en primer plano.

Algunas de las técnicas que diversos autores mencionan para favorecer estos factores de resiliencia, son:

1. Un lugar con distintos medios donde expresar sus experiencias
2. Estimular la comunicación: ya sea a través de la palabra o a través de otras capacidades del niño
3. Estimular la seguridad, ayudando a los niños a diferenciar los signos normales de los indicativos del peligro real.
4. Estimular la esperanza y el sentido en el futuro.

Crterios de intervencin

En toda situacin traumtica podemos diferenciar dos momentos: un primer momento inmediatamente despus de que hayan ocurrido los hechos, donde habr una reaccin a un estrs agudo, y un segundo momento que surge como respuesta tardia a esta situacin estresante.

La persona que sufre una experiencia traumtica experimenta un dolor difcil de contener, su mundo conocido ha desaparecido, lo que era estable deja de serlo, es el primer momento de los duelos tanto de objetos como de personas y empiezan a aparecer sntomas tanto emocionales como de comportamiento.

En este primer momento nuestra intervencin estar encaminada a una escucha activa, favoreciendo la expresin de los acontecimientos, ayudando a diferenciar lo que es real de la fantasa, acompaando y ayudando en la aceptacin de los cambios dolorosos que la situacin ha provocado y buscando elementos y estrategias que le ayude a afrontar la situacin de la manera ms adecuada posible.

Una primera ayuda ser la familia, los adultos que rodean al niuo, sus capacidades de contencin y la capacidad que tengan para estimular aspectos de resiliencia naturales en el niuo, para que la situacin resulte ms llevadera. Otra ayuda ser la que pueda ofrecer el entorno inmediato del niuo, centros de salud, escuela, servicios de la comunidad, etc. Es importante la anticipacin y planificacin de los recursos, as como la ayuda que nosotros podemos dar a las personas destinadas en estos servicios para favorecer la contencin y la restauracin ms inmediata posible de los espacios normalizados para el niuo.

Un segundo momento de nuestra intervencin ir encaminado a ayudar a elaborar aquello que haya quedado encallado. Un aspecto importante en el proceso ser establecer una buena alianza teraputica y crear un clima de confianza tanto en los adultos como en los nios que les ayude a la restauracin de la confianza bsica. Para poder conseguir este clima hemos de ser muy respetuosos con sus necesidades, su tiempo de elaboracin, sus demandas de atencin urgente y para ello, desde el centro de salud mental infantil i juvenil (CSMIJ), se puso en marcha una va de atencin inmediata.

Tambin es bsico poder ofrecer estrategias teraputicas que alivien el sufrimiento lo ms rpidamente posible. Segun el profesor G. Nardone, el recuerdo del trauma atormenta continuamente. El pasado invade al presente e impide proseguir hacia el futuro, por lo que la intervencin teraputica debe permitir apropiarse lo ms rpidamente posible de la temporalidad de la vida a travs de hacer resurgir la resiliencia de la propia persona.

Es importante dar el tiempo necesario para la narración, evitando que las personas del entorno, con toda la buena intención, se conviertan en recordatorios que mantengan viva la herida del suceso ya que esto puede suponer una retraumatización para el paciente haciendo que vuelva a reexperimentar los síntomas una y otra vez. Hugo Bleichmar nos explica como en las situaciones traumáticas cualquier estímulo que se asocie al trauma desencadena el recuerdo del mismo y explica que el estado emocional del sujeto, tanto desde el punto de vista fantasmático como neurovegetativo, interviene de manera decisiva en la manera cómo éste se procesará. Este autor refiere que los “flasbacks” y la reexperimentación emocional de los recuerdos intrusivos, refuerzan a nivel psicológico y biológico los acontecimientos vividos en la realidad retraumatizando. Nos advierte de los posibles efectos retraumatizantes y, en este sentido, iatrogénicos de las intervenciones catárticas.

Finalmente también ayudamos en la elaboración del conflicto reestableciendo en el niño lo más rápidamente posible los espacios normalizados de que dispone y ayudando a los profesionales que ahí intervienen a contener y trabajar los diferentes síntomas que aparezcan: dificultades de concentración, conductas regresivas, llamadas de atención, etc.

Caso clínico

Un ejemplo fue una chica de 15 a. víctima de una explosión de gas, que resultó solamente con contusiones. En un primer momento estuvo atendida por el dispositivo de urgencia que se instaló en el centro cívico de la comunidad. Una vez atendida de sus lesiones y cubiertas sus necesidades primarias de comida y aseo, pudimos dar un soporte emocional a ella y sus amigas, escuchando su relato y contestando a sus preguntas...Estaban en una situación de confusión, incredulidad, pánico y con un gran temor a la repetición del suceso, alternándose los sentimientos de tristeza y rabia.

Un segundo momento fue cuando ella acudió a pedir ayuda al CSMIJ 13 días después. Presentaba insomnio, no podía conciliar el sueño hasta pasada la hora en que se produjo la explosión, y una vez había comprobado que la ciudad empezaba a despertar. Había aparecido el miedo a la oscuridad y a dormir sola necesitando la compañía de la hermana o la madre. Se habían instalado unos rituales obsesivos de control de distintos elementos de la casa, el calentador, mirar por la mirilla que no hubiese humo en la escalera. Más adelante aparecieron los flakbacks, el reexperimentar el miedo y la ansiedad delante de una tormenta, y una hiperatención a cualquier ruido. La atención en el CSMIJ en un primer momento, fue flexible en cuanto al tiempo entre

sesiones así como en acoger a los distintos miembros familiares por los que se hacía acompañar. Las visitas consistían en un relato, por parte de ella, de los síntomas y un intento de contención por parte nuestra, mediante la escucha activa y la puesta en marcha de otras estrategias como : un tratamiento farmacológico y poder ir restableciendo la normalidad en su vida, recuperar la escolaridad y poder salir a la calle con normalidad.

Conclusiones

La presencia del profesional en el primer momento, atendiendo las necesidades emergentes y conteniendo la ansiedad de los afectados y de los dispositivos que intervienen, es una tarea preventiva que facilita un mejor procesamiento espontáneo de la elaboración del trauma.

Con una actitud empática y cercana, podemos contribuir a la restauración de la confianza básica que ha quedado afectada por causas imprevistas.

Cuando se requiere una intervención terapéutica posterior, prestamos atención a los siguientes aspectos:

- Evitar la posible retraumatización.
- Potenciar los aspectos resilientes del niño el adolescente y la familia.
- Llevar a cabo una atención lo más flexible y ajustada a las necesidades psíquicas del paciente en cada momento.

Bibliografía

1. Orengo, Francisco i Sabbah Dominique. Noviembre 2001. Trastorno de estrés posttraumático. Entrevista con Chaim F. Shatan WWW.aperturas.org . num 9
2. Cagnoni, Federica-Milanese, Roberta . Cambiar el pasado. 2010, Herder Editorial, Barcelona.
3. Bleichmar, Hugo. Noviembre 2000. Biología del trastorno de estrés posttraumático. WWW.aperturas.org num 6
4. Berk, Jay H. Trauma y resiliencia durante la guerra : una mirada a los niños y a los trabajadores de ayuda humanitaria en Bosnia. Biblioteca Virtual em Saúde. Base de datos: LILACS. Pesquisa: 404652.
5. Barrionuevo, Jose i Pallia, Roberto. Práctica hospitalaria en Salud Mental Pediátrica. El trauma psíquico en niños y adolescentes. Pedro L.Lesta. Buenos Aires : delhospital ediciones,2009