



ROL DE LA PSICOTERAPIA INTEGRADA INDIVIDUAL/GRUPAL A UN PROGRAMA DE REHABILITACION PARA NIÑOS DAMNIFICADOS POR DESASTRES.

Alexis Lorenzo Ruiz¹

Hospital Pediátrico de Tarará, Ciudad de La Habana. Cuba

RESUMEN

El artículo aborda las necesidades de intervención psicológica en grupos de damnificados con afecciones típicas del Post-Traumatic Stress Disorders procedentes de diferentes zonas afectadas por las consecuencias psicosociales de desastres. Las cuales por sus matices estresogénicos y psicotraumáticos, consideramos típicas de incidentes críticos de gran envergadura. Se propone un modelo de psicoterapia, intensivo-interactivo de organización de la ayuda psicológica, con trabajo en 8-10 sesiones grupales en las cuales optamos por incluir a los niños mayores de 9 años. Se expone una variada gama de criterios referentes a la psicoterapia, desde lo más general e histórico, hasta la caracterización de la propuesta del autor, el cual se fundamenta principalmente en la Terapia Cognitiva Conductual y la Cognitiva Informacional. Es el resultado de nuestro trabajo desde el año 1990 en el marco del Programa Cubano "Niños de Chernobil" y con otras poblaciones también damnificadas por estos incidentes críticos en Cuba y otros países; hasta la fecha han sido beneficiados más de veinte mil niños, sus familiares y adultos acompañantes en Cuba y una cantidad superior en el propio territorio ucraniano. La Psicoterapia para nuestros objetivos parte de la integración e interrelación dialéctica de todos y cada uno de los diferentes programas de rehabilitación en los cuales toma participación tanto el cliente-paciente-damnificado y todo su entorno; es considerada un proceso y no hecho aislado. Todas nuestras acciones e intervenciones psicológicas fueron pautadas en una serie de etapas. Los resultados de la psicoterapia son visibles y patentizados por lo propios participantes basados en los cambios y aprendizajes. En estos momentos

¹ Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor Titular Adjunto de la Universidad de La Habana. Profesor y Jefe del Servicio de Psicología, Hospital Pediátrico de Tarará. email: alorenzo@infomed.sld.cu



seguimos el análisis y perfeccionamiento del modelo, sobre la base de sus debilidades y las lecciones aprendidas.

Palabras Clave: **damnificado, incidente crítico, psicoterapia, rehabilitación, cliente.**

ABSTRAC

The article is about the necessities of psychological intervention in groups of victims with typical affections of the Post-Traumatic Stress Disorders that comes from different affected zones by the psychological consequences of a disaster. They are considered as typical critic incidents because of their estrogenic and traumatism matrix. It proposes a psychotherapy model, intensive and interactive for organizations of psychological help, with work in 8 to 10 sessions in group in which we decided to include children with more than 9 years old. It exposes a large amount of criteria about the psychotherapy, from the general and historical, to the characterization proposed by the author, that is principally founded in the Cognitive Behavioral Theory and the Cognitive Informational. It's the result of our work made since 1990 based in the Cuban Program "Chernobil Children" and with other populations, also victims of this critical incidents in Cuba and other countries; to this day this have benefited more than twenty thousand children, their relatives and accompanying adults in Cuba and a greater quantity in the Ukrainian territory. The psychotherapy used in our objectives takes part from the integration and dialectic interrelation of each of the different programs of rehabilitation in which it takes participation the victim and his entire environment; its considered as a process and not an isolated fact. All of our actions and psychological interventions were guided in a series of stages. The results of the psychotherapy are visible by the participants based in changes and learning. In this moments we continue with the analysis and perfection of the model, based in its weakness and learned lessons.

Key words: victim, critical incident, psychotherapy, rehabilitation, client.

INTRODUCCION.

Durante los últimos años se han incrementado los especialistas de las más disímiles corrientes y disciplinas con un gran interés sobre los comportamientos humanos en las situaciones críticas. Sobre todo, aquellas, las cuales se les ha dado el denominador común de Síndrome del Estrés Post-Traumático (SEPT), conocido internacionalmente por sus siglas en Inglés como Post-Traumatic Stress



Disorder (PTSD) (Everly, G.S.Jr.; Lating, J., 1995; Mitchell, J.T.; Everly, G.S.Jr., 1997). Aunque PTSD no aparece y se desarrolla en todos los implicados en tales hechos, hay muchos damnificados y socorristas capaces de controlar y dirigir adecuadamente sus comportamientos en estas situaciones extremas; las cuales por sus matices estresogénicos y psicotraumáticos, consideramos típicas de incidentes críticos de gran envergadura (Lorenzo, 2000). Lo cual está avalado por múltiples ejemplos: la cantidad de participantes en operaciones militares con PTSD oscila entre el 15 y 25 %, llegando hasta el 36 % en los soldados de las primeras líneas de fuego o las de mayores riesgos para la vida (Corral, Echeberrua, Sarasua, 1989); las correlaciones del tipo causa-efecto en los trastornos psiquiátricos resultaron los principales en el 12 % entre todos los participantes ingleses durante la primera y Segunda Guerras Mundiales, al igual que para el 20-30 % de los miembros del ejército de Israel y el 50 % de las tropas árabes durante los conflictos armados del Medio Oriente (Belenky, Jones, 1983; Benyakar, 1994; Santini, López, 1997; 2000).

Precisamente, en el presente artículo abordaremos estas problemáticas en niños procedentes de diferentes zonas afectadas por las consecuencias psicosociales de desastres. A diferencia de los datos estadísticos en relación a la población adulta, son muy pocos los existentes con un carácter netamente científico dirigidos a las poblaciones infanto juveniles afectadas por las emergencias y los desastres; por suerte con una tendencia ascendente en los últimos tiempos (Gutiérrez, L., 2003; Helou S., Costa Neto S.B., 1995; Valero, 2002; Yakovenko S.I., 1999)

Considerando de gran actualidad esta temática por ser millones y millones los infantes, adolescentes y jóvenes y sus familias en las comunidades afectadas por las situaciones críticas necesitados de recibir una ayuda más eficaz y sobre todo humana, proponemos uno de los posibles modelos de intervención psicoterapéutica para personas damnificadas con PTSD u otras afecciones psicosociales. Nuestro Modelo tiene un *carácter necesariamente ecléctico, con*



una sistematización e integración de los beneficios instrumentales y conceptuales de los diferentes modelos de tratamiento psicológico contemporáneos.

El Modelo en cuestión lo denominamos “**modelo intensivo-interactivo de organización de la ayuda psicológica**”. Consiste en la incorporación a tiempo completa, integral, con igualdad, respeto y carácter activo de los programas psicológicos en el quehacer y desarrollo de todos y cada uno de los programas en los diferentes niveles y estructuras en las emergencias y desastres. La intensidad está dada por el déficit de tiempo para poder realizar las actividades de intervención psicológica en estas situaciones críticas, y consiste en la búsqueda de los intercambios e interrelaciones constantes, ininterrumpidas entre la totalidad de las actividades a realizar. Dicha intensidad deberá tener un carácter dinámico y desarrollarse en el marco del propio proceso integral de intervención psicológica y en sentido general. Todas estas actividades con el objetivo de dirigir a los procesos de intervención psicológica, el cual deberá tener un carácter necesariamente interactivo (Lorenzo, 2000).

Dicho modelo, es el resultado de nuestro trabajo desde el año 1990 en el marco del Programa Cubano “Niños de Chernobil”; el cual con igual efectividad fue utilizado con otros grupos de damnificados: en 1991 adolescentes minusválidos por las consecuencias del terremoto en la Ex-República Soviética de Armenia en la Capital Ereván; 1992 - grupo de familias vinculadas al accidente radiológico de Goiania en Brasil; 1997 - evacuados por las erupciones volcánicas en la isla caribeña de Montserrat. Toda esta experiencia acumulada sirve de base a la organización del Centro Nacional de referencia para el Apoyo y Preparación Psicológica para los desastres en la Sede de la Sociedad Nacional Cubana de la Cruz Roja en 1993 y multiplicada en los siguientes años en todo el país. A partir del 1998 comienza su desarrollo en el propio territorio de la República de Ucrania, en el Centro Médico Infantil Internacional de Evpatoria, ubicado en la península de Crimea donde son atendidos damnificados por las consecuencias de Chernobil y otros desastres infantiles de Rusia, Bielarus y Ucrania (Lorenzo, 1992; Lorenzo, et.al., 1992; Lorenzo, 2000; Lorenzo, Lysenko, Telichkin, et. al., 1998; Lorenzo,



1999). Con estos programas de rehabilitación han sido beneficiados más de veinte mil niños, sus familiares y adultos acompañantes en Cuba y una cantidad superior en el propio territorio ucraniano.

CONCEPTOS BÁSICOS.

La conceptualización sobre **Psicoterapia**, las discusiones y criterios son tan antiguos y diversos, como la propia ciencia psicológica. Veamos, en aras del contenido del trabajo y del tiempo, dos de los posibles, pero no únicos enfoques:

1. El primero, podríamos llamarlo "académico", tomado de una página Web: "**Psicoterapia**", es cualquier proceso de reeducación que tiene por objeto ayudar a una persona con problemas, recurriendo fundamentalmente a las intervenciones psicológicas, en contraste con los tratamientos orgánicos, como la administración de drogas
(http://www.psicoactiva.com/diccio_o.htm#letra_p)
2. El segundo, desde "los aprendizajes de la práctica clínica": "Definiremos a la **psicoterapia** como la utilización de medidas psicológicas en el contexto de la relación entre el terapeuta y uno o más pacientes, con el objetivo de prevenir, mejorar o curar las enfermedades psíquicas o psicosomáticas y los aspectos psíquicos de las enfermedades somáticas" (Pérez Villar, J., 1988; pág. 102).

La **Psicoterapia** para nuestros objetivos es la integración e interrelación dialéctica entre ambas y otras importantes conceptualizaciones. En nuestro modelo no representa un momento aislado de todo el conjunto de acciones que se diseñan y organizan para brindarle a los damnificados. Por el contrario, la psicoterapia en este contexto, está "**integrada**" a todos y cada uno de los diferentes programas en los cuales toma participación tanto el cliente-paciente-damnificado y todo su entorno (la familia, grupo de coetáneos, adultos educadores acompañantes, los equipos de



salud/educación/servicios/recreación/cultura/deporte/comunicaciones/etc. Es por ello, que esta es considerada un proceso y no hecho aislado; lo cual requiere de todo el equipo un enfoque diferente y novedoso, lo cual no encontramos con frecuencia en la revisión de una gran cantidad de referencias bibliográficas.

Tomando en cuenta la falta de efectividad y los defectos de las diferentes escuelas y/o procedimientos psicoterapéuticos, como muchos otros colegas, llegamos a la conclusión, que lograr un **“efecto positivo” es posible** sólo con la sistematización e integración de lo mejor y más práctico de cada uno de estos modelos.

El Modelo psicoanalítico en sus explicaciones sobrevalora sus capacidades explicativas, considerando “demostrables” a muchas de las más variadas problemáticas humanas, pero sin basamentos sólidos. A diferencia de estos, en los conductistas, en general, no encontramos intenciones de darnos explicaciones de los problemas de las personas; tal y como veremos más adelante. Las posibilidades de llegar a realizar pronósticos en estos enfoques, sobre todo los más ortodoxos, resultan muy bajos, para no decir en muchos casos nulos; encontrándose una prevalencia de explicaciones del tipo “*post factum*” - tienden a encontrar un gran nivel de veracidad y argumentación de los hechos, muchas veces después de que estos ya ocurrieron. Del *modelo psicoanalítico incorporamos* a nuestra práctica los siguientes momentos: sugerencias hipnóticas; reconocimiento de la actividad “inconsciente”, interpretación de los sueños; tendencia a interpretar y tomar en consideración las comprensiones y análisis de las mitologías y otras tantas creencias populares.

Como Modelos conductistas vamos a considerar a todos aquellos enfoques (teóricos y prácticos) de la *Behavioral Psychology* utilizados en la psicoterapia; los cuales tienden a presuponer el carácter cognitivo de las dificultades y conflictos de las personas, fundamentalmente, sólo sobre la base de la conducta verbal. Donde con frecuencia vemos como se confunde su carácter emocional con aspectos fisiológicos, al carácter motivacional con los reforzamientos; es decir, en general los objetivos terapéuticos van a ir dirigidos principalmente al nivel



conductual. En relación a esto, con frecuencia encontramos en los conductistas una tendencia en psicoterapia no dirigida a la definición de las estructuras explicativas del mundo interior del sujeto; por el contrario, prevalecen las explicaciones referentes a las relaciones de tipo funcionales entre las diferentes formas de conducta y sus regularidades en los pacientes comparándolas con su medio circundante.

Todo ello no niega el desarrollo en los últimos tiempos de diferentes trabajos en el marco de la psicoterapia conductista, con reconocidos resultados en sujetos afectados por PTSD en sus diversas formas (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson, Twentyman, 1988; Foa, et.al., 1989. En la mayoría de estos trabajos el centro de la atención gira alrededor de “**las formaciones críticas**”, consideradas las causantes y generadoras de las consecuencias y otras alteraciones conductuales (es decir, PTSD, en otras palabras). En este sentido, coincidimos con los autores, en la importancia de utilizar durante la psicoterapia los más disímiles estímulos generadores del PTSD. Lo cual ha sido igualmente demostrado con gran eficacia en los tratamientos psicológicos a pacientes ex-oficiales militares (Albuquerque, 1992; Fairfank, Gross & Keane, 1983); en la rehabilitación con las víctimas de violaciones sexuales (Frank, Anelson, et.al., 1988); al igual que en sobrevivientes de diferentes tipos de accidentes y desastres (Muse, 1986; Santini, López, 1997; 2000; Valero, 2002).

A partir de hace apenas unas décadas, comienza su rápido ascenso la **Psicología Cognitivista**, cuyo enfoque rector pudiera considerarse al **enfoque de procesamiento de la información (EPI)**. El **EPI** como corriente cognitivista históricamente se forma en mayor medida en el marco de los modelos conductistas, a los cuales intenta desarrollar y en menor medida que al los de corte dinámico (De Vega, 1994). Siguiendo estos preceptos en la aplicación cotidiana en la clínica psicológica, se ha desarrollado la **Terapia Cognitiva-Informacional (TCI)**. La cual tiene en cuenta *tres categorías principales* a la hora de las intervenciones psicoterapéuticas a través de “**las unidades informacionales**”: **esquemas, operaciones y productos** (Riso, 1996). Este



autor en sus investigaciones y actividades clínicas propone los *cuatro siguientes niveles a tener en cuenta a la hora de hacer psicoterapia*: activación de los sistemas cognitivos y afectivos; la formación de las contradicciones informacionales; las soluciones cognitivas y/o las reelaboraciones afectivas de la información; por último, la creación y concientización de los nuevos sentidos personales.

Todo ello nos lleva a comentar la existencia de un fenómeno particularmente reconocido por las diferentes tendencias en psicoterapia, y en la ciencia psicológica en general. Nos referimos, al hecho de que las tendencias más sólidas y con aportes reales en los últimos años, son agrupadas dentro del movimiento de **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**. El cual ya tiene ganado e incrementa diariamente sus espacios en el quehacer psicoterapéutico (Freeman & Reinnecke, 1995; Riso, 1996; Roca, 2000). Movimiento que se desarrolla no como una escuela “clásica” unificada y estable, ni mucho menos uniforme; por el contrario a la TCC la tributan un gran número de autores desde sus prácticas profesionales, con similitudes y marcadas diferencias. Lo cual nos hace coincidir con Roca (2002), en sus observaciones sobre los riesgos del uso u abuso empírico de estos procedimientos sin el aval del necesario conocimiento del aparato conceptual en que se sostienen. Quedando claro, como estos últimos años demuestran que los “procesos cognitivos” juegan un papel decisivo en la adquisición, mantenimiento y consolidación de nuevas pautas y patrones de conducta.

CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS DEL MODELO.

Al concluir este análisis y comparar las dificultades más que los aciertos en nuestro desempeño profesional, la propia práctica nos fue llevando hacia la integración de estas tendencias, en el modelo que poco a poco fuimos conformando. En sus herramientas de trabajo encontraremos aspectos relativos al Análisis Transaccional de E. Berne (1961); la *Terapia Racional Emotiva de A. Ellis* (Ellis, 1992; Wolfe, 2002); *Terapia Cognitiva de Beck* (1991; Beck & Freeman,



1995); *las técnicas de inoculación del estrés* (Meichembaun et.al., 1987); *las terapias representacionales e imaginativas de los sucesos críticos* (Keane, Fairfank, et.al., 1989; Albuquerque, 1992); *La Terapia centrada en la solución de problemas* (Saunders, C., 2002); *las diferentes técnicas de autocontrol y autorregulación emocional, la relajación, la hipnosis y autohipnosis eriksoniana, la meditación*, etc. (Davis et.al., 1995). *La Terapia Familiar Sistémica* la desarrollamos siguiendo la integración de los aportes de R. Macías, C. Martínez (2001), P. Arés (2002). Incluimos las experiencias en el área clínica general e infanto juvenil en Cuba de Grau Abalo, J.; Martín M.; Portero, D. (1993); C. Martínez (2001), Pérez Villar (1988), M. A. Roca (1998), D. Zaldívar (1998). También utilizamos elementos del psicodrama, los medios audiovisuales (TV, Videos), Cine-debates, etc., con vistas a obtener una amplia representación de la magnitud de las repercusiones psicosociales de los diferentes eventos vitales “críticos” en los sujetos en cuestión y su medio circundante.

Nuestra experiencia está marcada por la especificidad del tipo de clientes, el déficit de tiempo para las intervenciones motivado por lo limitado de su estancia en Cuba para recibir los diferentes programas de rehabilitación médico-psicosociales especializados; además por su desenvolvimiento en una época postraumática tardía en la mayoría de los casos de vivenciar (consciente y/o inconscientemente) **incidentes críticos de gran envergadura**. Por tales razones y por la aplicabilidad de la experiencia acumulada, asimilamos los preceptos básicos de las recomendaciones emanadas de los trabajos de M. Calviño (2002) dentro de la concepción: *Orientación Psicológica “Esquema Referencial de Alternativa Múltiple”*. El autor define a este tipo de actividad, como una “relación profesional de ayuda personal psicológica (RPAPP)”, dentro de las cuales existen dos tipos las “contractuales” y “no contractuales”. En nuestro caso se ajustan a las del segundo grupo. Pues implican el establecimiento de un contrato sobre una demanda del paciente que delimita el contexto en que la relación se va a mover con relativa independencia de lo que suceda (Calviño, 2002; pág. 24).



Independientemente del enfoque, resulta obligatorio previamente a la intervención psicoterapéutica, realizar **las evaluaciones psicodiagnósticas** u otras (neurológicas, psicopedagógicas, etc.). Para mantener el carácter procesual y de RPAPP dentro de la psicoterapia, con dichas evaluaciones vamos a precisar algunos aspectos, sobre los que se toma la decisión de tomar o no al demandante en calidad de cliente (paciente) (Calviño, 2002; pág. 25).

La función diagnóstica presupone, ante todo, una cierta recopilación de información por medio de diversas fuentes y procedimientos que luego serán combinados y procesados, para obtener una imagen – lo más completa y explicativa posible- de la persona en cuestión, con vistas a tomar una decisión sobre vías de acción o emitir un pronóstico sobre su futuro desempeño (Roca, 2002; pág. 68). Aspecto, *algo muy poco enunciado en la psicoterapia clásica*.

Tomando en consideración todas estas consideraciones teórico-metodológicas y prácticas, todas *nuestras acciones e intervenciones psicológicas fueron pautadas en una serie de etapas:*

- ❖ *La Evaluación psicosocial inicial* de los damnificados (individual, grupal, familiar).
- ❖ *La definición de la ayuda psicológica a brindar* en sus diferentes formas y vías durante la estancia en el centro.
- ❖ *Trabajos por grupos etéreos y acorde a sus necesidades psicosociales*.
- ❖ *Evaluaciones psicológicas* del desarrollo y crecimiento psicosocial de la personalidad en formación de esta población de damnificados de forma integral
- ❖ *Abordaje del proceso salud enfermedad* en toda su magnitud.
- ❖ *Caracterización del impacto psicosocial actual y futuro de las situaciones de desastre*.
- ❖ *Definición de las derivaciones necesarias a otras Especialidades e Instituciones*, según las indicaciones de cada caso.
- ❖ *La Evaluación final*, en el marco de la cual a cada damnificado el personal familiar y/o adulto acompañante se le informan las conclusiones de los



diferentes programas de atención que ha recibido durante la estancia en el centro; decimos diferentes programas, pues el psicólogo cumple un rol primordial en el etapa de cierre de los tratamientos y el proceso de “ALTA” en sentido general.

La mayoría de los autores antes mencionados y la propia práctica nos exige en la **psicoterapia elementos evaluadores** de sus procedimientos y posibles efectos/defectos y resultados/fracasos. Para lo cual utilizamos diferentes formas de registros y diarios personales de todos los participantes, escalas autovalorativas del tipo análogo-visuales (numéricas del cero al diez; de lo peor a lo ideal en mi autoestima; pasado-presente-futuro; etc.); los de dibujos (libres y/o temáticos); símbolos (una estrella “*”, = éxitos llamativos; signo de más “+” = avances en todos los sentidos; más o menos igual que ayer o la anterior sesión con un signo de “±”; un círculo “O” = ningún cambio; con el signo de menos “-” = mis preocupaciones son mayores que ayer; una cruz “X” = fracaso total. Igualmente, en las propias sesiones de conjunto se diseñan y proponen muchos otros tipos de símbolos autoevaluadores de sus avances/complicaciones/dudas/aprendizajes/etc. durante la psicoterapia. De gran interés como en los casos de otros tratamientos en el área clínica, resultan los cambios en las sintomatologías referidas inicialmente, las valoraciones de los propios clientes, sus acompañantes y de los diferentes equipos de trabajo conjunto en los programas de rehabilitación, u otros. Con lo cual reafirmamos, que la actividad en psicoterapia es un proceso de enseñanza-aprendizaje (Pérez Villar, J., 1988; pág. 108).

Los determinantes de la efectividad de este modelo psicoterapéutico, pueden ser considerados los siguientes cinco principios generales muy conocidos, y un sexto, más específico, de este tipo de pacientes damnificados por incidentes críticos: 1.- El principio de la complejidad; 2.-El principio de la individualidad; 3.-El principio del dinamismo; 4.-El principio de la durabilidad; 5.-El principio de la continuidad y el sexto, El principio de “**la amortización**”. **El cual consiste en la amortización de la “presión”** de la influencia psicosocial de los incidentes críticos



de gran envergadura; en aras de lograr la comprensión, acción e influencia temprana, adecuada, científica, histórico-cultural sobre los grupos de damnificados y sus comunidades afectadas. Todo ello, va a favorecer en un corto tiempo y con la mayor adecuación el restablecimiento de los modos y estilos de vida “normales-estables” en las comunidades damnificadas y su entorno; sin olvidar la posible reducción a la mínima expresión las pérdidas humanas y materiales

En ello va implícito nuestro reconocimiento del ciclo vital de los individuos, la sociedad y de los propios desastres y los programas como procesos. Quedando demostrada la insuficiencia del *modelo “unicausal”*, centrado en el análisis del síntoma como causa; a diferencia del *modelo “multicausal”* con un mayor condicionamiento social. Los cuales se desarrollan en el marco de diferentes *enfoques*: riesgo / vulnerabilidad; resiliencia / factores protectores y el multi-interdisciplinariedad e institucional.

El Programa de intervención psicoterapéutica en el “**modelo intensivo interactivo de organización de la ayuda psicológica**” va a cumplir cuatro *objetivos centrales*: definir y desarrollar en cada participante sus motivaciones en función de su psicocorrección; concienciar y perfeccionar en ellos las posibilidades propias con que cuentan (creencias, hábitos, habilidades, conocimientos, etc.), muy particularmente dirigidas a la comprensión/afrentamiento de las situaciones “críticas”; adecuar y desarrollar el autoanálisis y la autovaloración de los participantes; y finalmente, adecuar sus mecanismos de autocontrol y valoraciones referentes a su ciclo vital, el pasado, presente y con mucho énfasis, en el futuro.

La psicoterapia fue aplicada fundamentalmente de forma grupal, y en los casos acompañados por los miembros de sus familias, la del *tipo familiar*. Modalidades combinadas con las sesiones individuales adicionales, según las necesidades de cada caso. La cantidad de participantes oscilaba entre 10 y 12. Se seleccionan, sobre la base del cumplimiento de los criterios anteriormente expuestos *a los casos con los valores más llamativos*, en los cuales se reflejaba en mayor medida el impacto psicosocial de los incidentes críticos y otras alteraciones de ajenas, no asociadas a estos eventos, pero con gran necesidad de atención psicológica



especializada. Por las características del modelo, optamos por incluir a los niños mayores de 9 años. Los criterios de exclusión, fueron: no resultados llamativos en las evaluaciones psicodiagnósticas; problemas dentro del proceso salud-enfermedad limitante; nivel intelectual por debajo de la edad cronológica y la no aceptación voluntaria de participación.

Para decidir la cantidad de sesiones de psicoterapia tuvimos en cuenta los siguientes razonamientos: primeramente, tomamos como la base de las necesidades y posibilidades del tiempo disponible en el marco de múltiples programas de rehabilitación paralelos; el déficit de tiempo de estancia en el Centro; la falta de cultura de atención psicológica; la búsqueda de continuidad, dinamismo y lograr la máxima cooperación durante el ciclo de tratamiento; finalmente, favorecer con la efectividad de la psicoterapia la mayor recuperación biopsicosocial de cada participante.

La estancia promedio en Cuba para la población “relativamente sana” oscila alrededor de las ocho semanas y de los “enfermos crónicos” (vitíligo, alopecia, psoriasis, oncohematología, diabetes mellitus; trastornos cardiovasculares, neurológicos, gastrointestinales, u otros), está en dependencia de su evolución y respuesta ante los tratamientos médico-especializados; en el caso del Centro Internacional de Evpatoria, en Ucrania- para todos los casos era de veinte y un días. Del resto de los grupos atendidos, se diferencian los niños de la República de Armenia con una gran cantidad de procedimientos médicos (principalmente, ortopédicos y de medicina física, cambios de prótesis). Por su parte, el grupo de Montserrat estuvo solamente 21 días, para recibir fundamentalmente rehabilitación psicológica, en un sistema de Campamento de Verano bajo los principios de la Cruz Roja Internacional. En Cuba organizamos la psicoterapia generalmente una o dos veces por semanas (exceptuando la primera- por la adaptación; y la última, por la adaptación, pero en sentido inverso, en camino a la readaptación al regreso a su medio de origen). Mientras que en Ucrania, lo hicimos con los mismos criterios de los mecanismos de la adaptación, *diariamente* de lunes a viernes, en algunos casos en días alternos.



Con todos estos criterios optamos por organizar ciclos de grupos psicoterapéuticos para 8-10 sesiones con una duración de 30-40 minutos cada una, según las particularidades de cada uno de ellos (ver Tablas No.1 y No. 2).

<p>Niños de Chernobil “aparentemente sanos” en Cuba (<u>subgrupo1</u>): se desarrolla en 10 Sesiones: “Presentación psicosocial mutua”; “Adaptación psicosocial”; “Reacciones psicológicas”; “Características de la Personalidad”; “Situaciones difíciles”; “Autoanálisis y autocontrol sobre la vida actual”; “Situaciones difíciles”; “Autoanálisis y autocontrol sobre la vida futura”; “ Mi Autovaloración”; “Yo aquí y ahora”. La psicoterapia familiar en los casos acompañados.</p>	<p>Niños de Chernobil “enfermos crónicos” en Cuba (<u>subgrupo2</u>): también fueron organizadas diez sesiones. En sentido general, sus contenidos no difieren de las anteriores. No obstante, son incorporados y tomados en consideración algunos aspectos. Destacándose la especificidad del estatus psicosocial de estos damnificados y del proceso salud-enfermedad en este marco.</p>
<p>Grupo de niños de Goiania (<u>subgrupo3</u>): tuvieron fundamentalmente un carácter grupal. Al tener en consideración la especificidad de la composición de los mismos en núcleos familiares, paralelamente a las diez Sesiones Grupales (con similares características al subgrupo 3), se desarrollaron seis Sesiones de Psicoterapia Familiar.</p>	<p>Grupo de niños de Armenia (<u>subgrupo 4</u>): se diseñaron ocho Sesiones: “Presentación psicosocial mutua”; “Adaptación”; “Salud”; “Estados emocionales”; “Estilos de Afrontamiento”; “Autovaloración”; “Aquí y ahora”; “Perspectivas”. No hubo psicoterapia familiar.</p>
<p>Grupo de niños de Montserrat (<u>subgrupo 5</u>): se ofreció a través de siete Sesiones grupales: “Presentación”; “Aspiraciones”; “Vivencias”; “Expresividad emocional”; “Sensopercepción”; “Creencias personales”; “Recuerdos”.</p>	

Tabla No.2: Ciclos de psicoterapia con grupos de damnificados por desastres, realizados en Ucrania.

<p>Niños de Chernobil “aparentemente sanos” (<u>subgrupo1</u>): son las mismas 10 sesiones que en Cuba</p>	<p>Niños de Chernobil “con alteraciones mayores psicotraumáticas” en Ucrania (<u>subgrupo2</u>): con el enfoque de los enfermos crónicos también fueron organizadas diez sesiones. Son incorporados y tomados en consideración algunos aspectos del psicotrauma. Destacándose la especificidad del estatus psicosocial de estos damnificados y del proceso salud-enfermedad presente en ellos.</p>
<p>Grupo de niños de Chernobil “con enfermedades crónicas” (<u>subgrupo3</u>):</p>	<p>Grupo de niños de Chernobil con Psicoterapia Familiar exclusiva (<u>subgrupo 4</u>): se diseñaron</p>



<p>tuvieron fundamentalmente un carácter grupal. Al tener en consideración la especificidad de la composición de los mismos en núcleos familiares, paralelamente a las diez Sesiones Grupales (con similares características al subgrupo 3), se desarrollaron seis Sesiones de Psicoterapia Familiar.</p>	<p>ocho Sesiones: “Presentación psicosocial mutua”; “Adaptación”; “Salud”; “Estados emocionales”; “Estilos de Afrontamiento”; “Autovaloración”; “Aquí y ahora”; “Perspectivas”. No hubo psicoterapia familiar.</p>
<p>Grupo de niños de Montserrat (subgrupo 5): se ofreció a través de siete Sesiones grupales: “Presentación”; “Aspiraciones”; “Vivencias”; “Expresividad emocional”; “Sensopercepción”; “Creencias personales”; “Recuerdos”.</p>	

Tabla No.1: Ciclos de psicoterapia con grupos de damnificados por desastres, realizados en Cuba.

La cantidad de sesiones resultaron estar acordes a las aspiraciones de los participantes, los intereses de los programas de rehabilitación multi-interdisciplinarios, interinstitucional e internacionales. Además de estar en línea con los preceptos básicos de autores con más experiencia en el tema, sobre todo en Cuba (Ares Muzio, 2002; Calviño, 2000; Martínez, 2001; Pérez Villar, 1988; Roca, 1998, 2000, 2002; Zaldívar, 1998). Todo ello se refleja en los resultados satisfactorios obtenidos en cada ciclo de trabajo psicoterapéutico, según las autoevaluaciones obtenidas de los propios participantes, al compararse por medio de una *Escala análoga visual* de cero a diez puntos, correlacionando “*inicio*” y “*final*” del trabajo grupal desplegado con cada uno de los grupos (ver gráfico No. 1 *Los Programas en Cuba* y No. 2- *en Ucrania*). Lo cual hemos constatado inclusive por medio de otras técnicas proyectivas, como es el caso del psicodiagnóstico de Rorschach, los dibujos libres y los estudios de satisfacción con los servicios que realizamos periódicamente.

Gráfico No.1 "En Cuba"

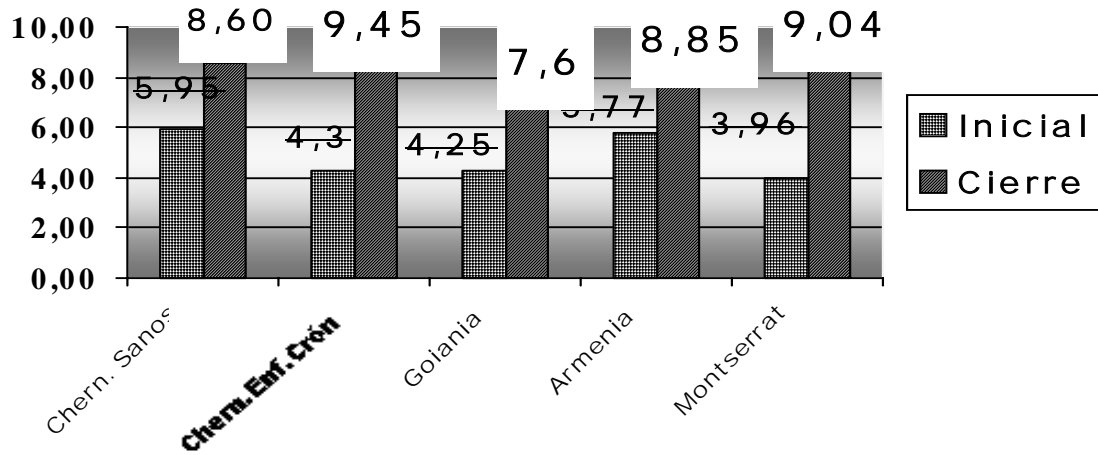
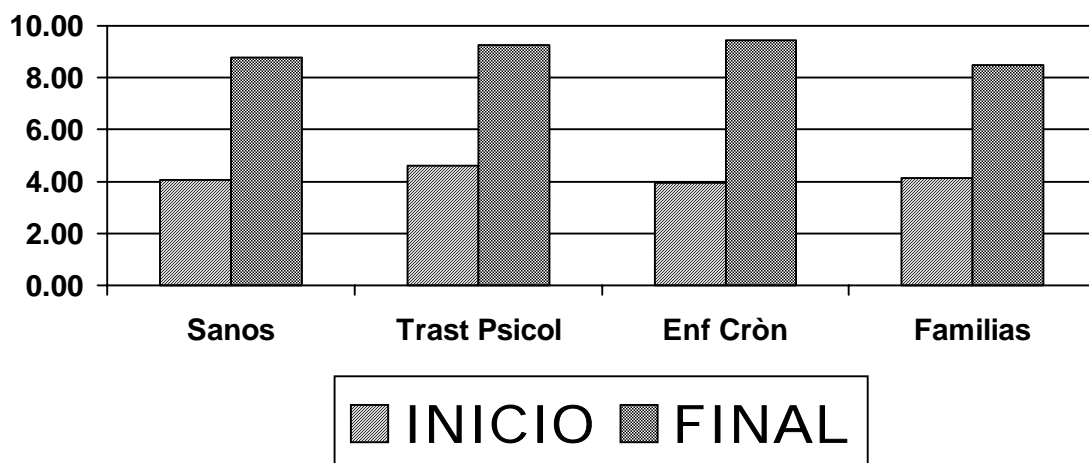


Gráfico No.2 "En Ucrania"





CONSIDERACIONES FINALES.

En el trabajo se exponen una variada gama de criterios referentes a la psicoterapia, desde lo más general e histórico, hasta la caracterización de la propuesta del autor en el “**modelo intensivo interactivo de organización de la ayuda psicológica**”. Debemos señalar, que a pesar de las particularidades en la organización de los diferentes ciclos de psicoterapia, ***todas las sesiones van a tener en común y que cumplimentar con una serie de aspectos: inicialmente, definición de los objetivos de trabajo y tareas a desarrollar por los participantes y el terapeuta; en la primera parte de las sesiones, los esfuerzos se dirigen a la definición del estado psicológico general de cada caso, las mejorías/complicaciones de las sintomatologías referidas (cognitivas, afectivas, conativas, fisiológicas u otras); en el desarrollo se discute el cumplimiento e implementación por cada participante de las actividades orientadas en la psicoterapia; en la fase de final, se establecen las conclusiones de las sesiones, con énfasis en sus interrelaciones con las anteriores y posteriores actividades; las sesiones terminan con las discusiones grupales de las recomendaciones y sistemas de tareas, asociadas o no al ciclo psicoterapéutico, además de las respectivas críticas y observaciones al proceso de trabajo grupal en general.***

De igual forma y con idénticos resultados, hemos utilizado este modelo para brindar ayuda psicológica a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas (como el asma bronquial severa, dolor crónico de larga evolución, etc.); con socorristas con afecciones típicas del PTSD; personas afectadas por la violencia familiar e intrafamiliar; otras con proceso de “duelo” y “pérdidas” inconcluso y muy traumáticos, entre otros. No obstante, en estos momentos seguimos el análisis y perfeccionamiento del modelo, sobre la base de sus debilidades y las lecciones aprendidas.

Los resultados de la psicoterapia son visibles y patentizados por lo propios participantes basados en los cambios y aprendizajes: en el proceso salud-enfermedad, los mecanismos de adaptación/readaptación, la autovaloración, la estabilización de sus estados emocionales negativos, adecuación de sus



valoraciones referentes a los incidentes críticos, etc. En su conjunto, estas *actividades psicoterapéuticas actúan favorablemente* sobre la calidad de vida y el bienestar en sentido general de los participantes y de su entorno, por lo cual podemos afirmar que el modelo propuesto *demuestra el rol de la psicoterapia integrada a un programa para damnificados por desastres*. Podemos concluir, que la experiencia acumulada por nuestro servicio de psicología durante estos más de 13 años, están acorde a lo establecido para la organización y desarrollo de la *rehabilitación psicológica*.

BIBLIOGRAFÍA.

- Albuquerque, A. (1992) Tratamiento del estrés Post-Traumático en Ex-Combatientes. En, E. Echeburúa (Eds) ***Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad***. Madrid: Pirámide.
- Ares Muzio, P. (2002) *Psicología de La familia: una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Bandura, A. (1995) ***Self efficacy in changing societies***. Nueva York: Cambridge University Press.
- Beck, A.T. (1991) Cognitive Therapy: A 30 years retrospective. ***American Pshychologist***. **46** (4) 368-375,.
- Beck, A.T.; Freeman, A. (1995) ***Terapia Cognitiva de los desordenes de la personalidad***. Buenos Aires: Paidós.
- Benyakar, M. (1994) Trauma y Neurosis Post-Traumática: de la vivencia a la reflexión teórica. ***Revista Actualidad Psicológica- julio***.
- Berne, E. (1961) *Transactional Análisis in Psychotherapy.*, New Cork: Grove Press Inc.
- Calviño Váldez-Faully, M. (2000) *Orientación Psicológica: Esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Chemtob, C.; Rotblat, H.; Hamoda, R.; Carlson, J. Twentyman, C. (1988) A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. ***J. of Anxiety Disorders***, **2**, 253-275.



- Davis, M.; Eshelman, E.R.; McKay, M. (1995) **Técnicas de Auto-Control Emocional**. Madrid: Martínez Roca.
- De Vega, M. (1994) Introducción a la Psicología Cognitiva. Madrid: Alianza Editorial.
- Diccionario de Términos Psicológicos, Tomado Diccionario de la página Web:
http://www.psicoactiva.com/diccio_o.htm#letra_p
- Ellis, A. (1980) **Razón y Emoción en Psicoterapia**. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Everly, G.S.Jr.; Lating, J. (1995) **Psychotraumatology: key papers and are concepts in post-traumatic stress**. Nueva York: Plenum Press.
- Fairfank, J.A.; Gross, R.T.; Keane, T.M. (1983) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: evaluation of outcome with behavioral code. **J. Behavioral Modification, 7** 557-568.
- Frank, E.; Anderson, B.; Stewart, B.Q.; et.al. (1988) Efficacy of cognitive behavioral therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. **J. Behavioral Therapy 20** 155-176.
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1995) Cognitive Psychology. En, Gurman & Messer (Eds.) **Essential Psychotherapies. Theory and Practice**. Ed. Guilford Press.
- Grau Abalo, J.; Martín M.; Portero, D. (1993) Estrés, Ansiedad y Personalidad. Resultados de las investigaciones Cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. **Revista Interamericana de Psicología 27**, (1) 37-58.
- Gutiérrez Gutiérrez, L. (2005) Los Niños y Los Desastres.
http://www.proteccioncivil.org/revispc13/rpc13_00.htm
- Helou Z., Da Costa Neto S.B. (1995) Césio 137– **Consequencias Psicossociais do Accidente de Goiania**. Brasil: Editora Universidad Federal do Goias.
- Keane, T.M.; Fairbank, J.A. (1999) Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. **J. Behavioral Therapy, 20**, 245-260.
- Lambert, M.J. (1986) Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. Norcorross (Ed.) **Handbook of eclectic psychotherapy**. New Cork: Brunner Mazel,.



- Lazarus, R. (1986) ***Estrés y Procesos Cognitivos***. Madrid: Editorial Martínez Roca.
- Lorenzo Ruiz, A. (2001) Cognitive Information approach by psychocorrection of mental traumas. ***Journal Bulletin of Psychotherapy and Resortology, Evpatory, Ukraine, 1***, 45-49,.
- Lorenzo Ruiz, A. 1997 La Psicología de la Salud y su rol en las situaciones de desastre. Antecedentes, resultados y perspectivas. Tesis para Optar por el Grado de Especialista en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana,.
- Lorenzo Ruiz, A. (2000) Psychological Base International Rehabilitation Programs for People who had suffered after The Biggest Critical Incident. Manuscript. Thesis for a Candidate's Degree in Psychology. National University of Internal Affairs Ukraine. Kharkov,.
- Lorenzo Ruiz, A. (2003) La Organización de Programas de Intervención Psicológica en Emergencias y Desastres dirigidos a la población Infanto Juvenil. CD-ROM Materiales del Taller Internacional: "Factores psicoemocionales en situaciones de emergencias y desastres". Proyecto de Trabajo Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres y la UNICEF, La Habana, Cuba, 19-21 mayo.
- Lorenzo Ruiz, A.; Lysenko, V.I.; Telichkin, A.A.; Timchenko, A.B. (1998) Psychological Diagnostic of The Post-Traumatic Stress Disorders. Metodological Handbook for Students of The National University of Internal Affairs Ukraine, Kharkov,.
- Lorenzo Ruiz, A.; Pérez Lovelle, R.; Amargós, G.; Becquer, L.; Vasileva Anguelova, M.; Pérez, B. (1997) Psychological study of the Children from the areas affected by the Nuclear Accident in Chernobil who were treated in Cuba. I/A/E/A- TECDOC- 958. Viena, Austria; pp. 69-89,.
- Martínez Gómez, C. (2001) ***Salud Familiar***. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Meichenbaum, D.; Jaremko, M.E. (1987) ***Stress reduction and prevention***. Nueva York: Plenum Press.
- Mitchell, J.T.; Everly, G.S.Jr. (1997) Critical Incident Stress Debriefing (CISD). An Operations manual for the Prevention and Traumatic Stress Among Emergency services and Disaster Workers. Second Edition Revised by Chevron Publis. Co., Maryland, USA.



- Muse, M. (1986) Stress related, posttraumatic chronic pain syndrome: Behavioral treatment approach. ***Pain***, **25**, 389-394,.
- Pergamenchik, L.A.; Lorenzo Ruiz, A.; U. Forinder; Quintín, L.; et.al (1999) The Critical Incidents and The Human's Psychological Problems. Monograph by The Institute of Education in Belarus, Minsk,.
- Pérez Villar, J. (1988) ***Trastornos Psíquicos en el Niño y el Adolescente***. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Riso, W. (1996) ***La Terapia Cognitiva Informacional. Crítica a las Terapias Tradicionales e implicaciones clínicas***. Medellín, Colombia: Ediciones Gráficas Ltda. C.E.A.P.C.,.
- Roca Perara, M.A. (1998) ***Elementos Básicos de Psicoterapia Infantil***. La Habana: Academia.
- Roca Perara, M.A. (2002) ***Psicología Clínica: Una visión General***. La Habana: Félix Varela.
- Roca Perara, M.A. (2002) Self Efficacy. Its Importante for The Cognitive Behavioral Therapy. ***Revista Cubana de Psicología, Universidad de La Habana***, **19**, (3) 195-201.
- Santini, O.A. (2000) Temas de Psico-Sociología de la Salud. Córdoba, Argentina: La Segunda y sus vecinos.
- Santini, O.A.; López, D.O. (1997) ***DESASTRES. Impacto Psicosocial***. Córdoba, Argentina: Alción Editora.
- Saunders, C. (2002) La Terapia centrada en la solución de problemas. Curso de Postgrado, CD-ROM: Memorias del I Congreso Cubano y II Seminario Iberoamericano de Salud Integral de la Adolescencia, 28 de octubre al 1 de noviembre, La Habana, Cuba: Softcal.
- Valero Álamo, S. (2002) ***Psicología en las Emergencias y los Desastres***. Perú: San Marcos.
- Yakovenko, S.I. (1998) The Theory and Practice of Psychological Help to People who suffered after Disasters (on the example of Chernobil Disaster). Manuscript. Thesis for a Doctor's Degree in Psychology. G.S. Kostyuk's Institute of Psychology Academy of The Pedagogical Sciences of Ukraine. Kiev,.



Zaldívar, D. (1998) ***Alternativas en Psicoterapia***. La Habana: Academia.

DATOS DEL AUTOR.

Alexis Lorenzo Ruiz.

Doctor en Ciencias Psicológicas.

Profesor Titular Adjunto de la Universidad de La Habana.

Profesor y Jefe del Servicio de Psicología, Hospital Pediátrico de Tarará

email: alorenzo@infomed.sld.cu

Teléfonos del Trabajo: (5-37) 97 15 36 al 38, 97 10 00; fax: (5-37) 97 15 37.

Dirección: Carretera Vía Blanca Km. 19; Playa Tarará. Habana del Este; Ciudad de La Habana, Cuba. CP. 19369

[REGRESAR A ÍNDICE](#)