

66
2ed.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNA PROPUESTA DE INTERVENCION
EN CRISIS HOSPITALARIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :
JOSE DAVID CORTES VEGA
JUDITH ESPIRIDION MARTINEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ALMA TREVIÑO NOGUEIRA

ASESORA DE TESIS: LIC. IRMA LILIA ALARCON RUIZ

MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“..... NO PODEMOS IMPEDIR QUE LAS AVES DE LA TRISTEZA VUELEN SOBRE NUESTRAS CABEZAS, SIN EMBARGO PODREMOS EVITAR QUE CONSTRUYAN SU NIDO EN NUESTROS CABELLOS.....”

ANTIGUO PROVERBIO CHINO

RECONOCIMIENTOS

A LOS SINODALES POR SU COLABORACIÓN Y VALIOSAS SUGERENCIAS EN LA REALIZACIÓN DE ESTA TÉSIS:

Lic. Piedad Aladro Lubel

Lic. Blanca Elena Mancilla Gómez

Lic. Sotero Moreno Camacho

Lic. Alma Treviño Nogueira

Lic. Irma Lilia Alarcón Ruiz

POR CREER EN NOSOTROS Y EN NUESTRO TRABAJO, NUESTRA MÁS PROFUNDA GRATITUD A LA LIC. ALMA TREVIÑO NOGUEIRA.

AGRADECIMIENTOS

**A mi Familia,
porque me enseñaron a construir
el proyecto de mi vida.**

Mi Gritud. . .

**A mi Padre por su dedicación.
A mi Madre por su confianza.
A mis Hermanas por su disposición.
A mis Hermanos por su cariño.
y A Ti por ayudarme a crecer
y AMAR.**

JUDITH.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres por haberme dado la vida, en especial a mi Madre por haberme enseñado a afrontar con decisión y firmeza los momentos difíciles. . .

LOS AMO

A mis Hermanos, Alfredo, Mario y Lourdes, que me han apoyado toda mi vida. . .

GRACIAS

. . . y a Ti el más Pequeño de la familia, que con tú llegada veniste a iluminar y llenar de alegría el hogar, Alberto Cortés Ramírez.

. . . a Judith por compartir juntos los momentos más Hermosos de nuestras vidas, TE AMO. . .

MÁS ALLÁ DEL TIEMPO Y LA DISTANCIA.

JOSÉ DAVID

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1.- ESTRUCTURA GENERAL DE LA CRISIS	12
1. CONCEPTOS GENERALES	13
1.1. Prevención Primaria	13
1.2. Prevención Secundaria	17
1.3. Prevención Terciaria	17
2. LA TEORÍA DE LAS CRISIS	17
2.1. Definición de crisis	19
2.2. Características de las crisis	21
2.3. Principios básicos de las crisis	21
3. TIPOS DE CRISIS	26
3.1. Crisis evolutivas o del desarrollo	26
3.2. Crisis circunstanciales, accidentales o inesperadas	34
4. CATEGORÍAS DE LAS CRISIS CIRCUNSTANCIALES	35
4.1. Enfermedad física y lesión	36
4.2. Muerte repentina	39
4.3. Crimen: Víctimas y delincuentes	40
4.4. Desastres naturales y provocados por el hombre	42
4.5. Guerra y hechos relacionados con las crisis circunstanciales	43
4.6. Crisis circunstanciales de la vida moderna	44

	Pág.
CAPÍTULO 2.- INTERVENCIÓN EN CRISIS	46
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS	47
2.1. La Psicoterapia breve y de emergencia	48
2.2. La Intervención en crisis propiamente dicha	50
2.3. Algunas investigaciones realizados sobre intervención en crisis	54
2.4. Intervención en crisis en México	56
2. DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	65
3. CATEGORÍAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	66
3.1. Enfoque individual	66
3.2. Enfoque genérico	66
3.3. Intervención en crisis de primer orden	67
3.4. Intervención en crisis de segundo orden	70
4. MODELO TEÓRICO PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	71
CAPÍTULO 3.- INTERVENCIÓN EN CRISIS EN 16 HOSPITALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO.....	77
1. LOS HOSPITALES EN LA CIUDAD DE MÉXICO	78
3.1. Hospitales de Seguridad Social	83
3.2. Hospitales de Asistencia Social	86
3.3. Hospitales de Atención Privada	89

CAPÍTULO 4.- PROPUESTA DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN Y UNA GUÍA	92
4.1. ¿LAS CRISIS EMOCIONALES SON UN PROBLEMA DE SALUD?	93
4.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	96
4.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.....	98
4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL TALLER Y LA GUÍA	98
4.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA Y EL CUESTIONARIO.....	99
4.6. CONCLUSIONES Y DISCUSION	101
4.7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	104
ANEXOS.....	106
ANEXO 1 CUESTIONARIO.....	107
ANEXO 2 TALLER	109
ANEXO 3 GUÍA	131
BIBLIOGRAFIA	146

INTRODUCCIÓN

Los grandes avances tecnológicos y los cambios que exigen modernidad son elementos que repercuten en las esferas sociales, políticas y económicas que vive el país en la actualidad. Tienen profundos efectos en el funcionamiento de las familias y en el bienestar psicológico de los individuos, por lo que se hace necesaria la innovación en los sistemas tradicionales de apoyo psicológico para enfrentar situaciones de crisis, de estrés, de enfermedad, etc. Problemas como los ocasionados por los desastres naturales (sismos, inundaciones, incendios y otros), la delincuencia, la violencia física y psicológica, el desempleo, los accidentes automovilísticos, la hipertensión y los accidentes cardiovasculares, las diversas formas de cáncer, la aparición de enfermedades como el VIH-SIDA y un mayor índice de embarazos juveniles no deseados, son sólo algunos de los ejemplos que provocan crisis a las que está expuesta constantemente la población en nuestros días.

De aquí que se considere que la intervención en crisis sea un excelente ejemplo de prevención primaria ya que, además de que la persona resuelve una crisis de manera satisfactoria, evita posteriores problemas de salud mental e incrementa la posibilidad de contar con mejores herramientas para solucionar adecuadamente las crisis futuras. La promoción del bienestar y de la salud son tareas que deben abordarse desde las perspectivas de la prevención primaria, pero no sólo en el aspecto físico, por lo que la preparación de profesionales en prevención primaria también debe abarcar la salud mental.

Por lo anterior, y debido a todos los cambios que se viven actualmente, resulta necesario que haya profesionales capacitados y entrenados para intervenir en las crisis emocionales, lo cual representa un gran avance en la formación de profesionales de alta calidad humana que aporten

sus conocimientos en beneficio de la población mas desprotegida de los servicios de salud mental.

Generalmente, cuando una persona se encuentra en crisis, los profesionales que la atienden muestran una gran preocupación por la salud y el bienestar a nivel físico, pero rara vez se toman en cuenta las necesidades de tipo emocional. Aunque este trabajo refiere algunas de las crisis que se pueden experimentar en cualquier etapa de la vida, se centra especialmente en las crisis desencadenadas por una hospitalización. Se abordarán, para ello, los aspectos teóricos más importantes de la prevención primaria de trastornos mentales más severos.

Con base en la aplicación de un cuestionario tipo encuesta y una entrevista dirigida al personal responsable del área de Psicología de una muestra representativa de los hospitales de la Ciudad de Mexico, se pudo detectar la ausencia de programas de intervención en crisis ante el desequilibrio emocional por el que puede pasar el paciente y sus familiares en la crisis que desencadena una enfermedad o una lesión. Además, pudo observarse que no se cuenta con la infraestructura necesaria para lograr una adecuada intervención en crisis, así como poco personal enterado de este importante aspecto de la prevención primaria.

Por tal motivo, esta tesis intenta propiciar la sensibilización del personal hospitalario, el cual está en constante contacto con las crisis que surgen de una hospitalización, a la atención a nivel de prevención primaria que puede generar una hospitalización. Tiene la finalidad de que el personal hospitalario realice la intervención en crisis de primer orden ya que, por lo que pudo observarse, la demanda sobrepasa las condiciones de atención de los profesionales en salud mental de los hospitales.

Se pretende que esta sea una propuesta de intervención en crisis y que, de otro modo, abarque un mayor número de población. Con estos fines se elaboró un taller de sensibilización

para el personal hospitalario y una guía en la que puedan basarse los profesionales de la salud para poder intervenir en las crisis emocionales del paciente y sus familiares con el propósito de que éstos superen las crisis y cuenten con mejores posibilidades para afrontar crisis futuras.

Para la concreción de estas aportaciones fue necesario revisar los conceptos generales de prevención primaria, de prevención comunitaria, de crisis, de intervención en crisis, y de algunas consideraciones de la intervención psicológica en los hospitales de la Ciudad de México, que serán expuestos en los capítulos uno, dos y tres de este trabajo. Se anexa el Taller de Sensibilización y la Guía de Atención dirigidos al personal hospitalario.

CAPÍTULO 1
Estructura General de la Crisis

I.- CONCEPTOS GENERALES

La teoría de las crisis surge de la psiquiatría preventiva de Caplan (1985), dentro del campo del control del trastorno mental a nivel comunitario, basado en las experiencias personales que realizó en diversos medios. Entre ellas se cuenta el establecimiento de consultorios externos de psiquiatría en hospitales generales de Inglaterra, Gales, Israel y E. U. A., y como consultor médico en Puerto Rico, Noruega, Irlanda, Portugal, Italia, Dinamarca y Francia, entre otros países. Esto fue punto decisivo para la elaboración de su libro *Principios de Psiquiatría Preventiva* (1964), que toma como finalidad apoyar a los profesionales de salud mental a establecer programas preventivos. En su definición del término "psiquiatría preventiva", Caplan distingue entre los tres tipos de esfuerzos preventivos: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

1.1.- Prevención Primaria.

La prevención primaria es un concepto de la comunidad. No se propone tratar los problemas de un individuo específico sino, en lugar de ello, reducir el riesgo de los trastornos emocionales para una población íntegra. Su meta es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población, de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. Un programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son dañinas, como también las fuerzas ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas.

Un supuesto fundamental en el modelo de Caplan es que para evitar la perturbación mental cada individuo necesita "aportes" apropiados a su etapa particular de desarrollo.

Caplan clasificó dichos aportes en tres grupos: aportes físicos, aportes psicosociales y aportes socioculturales.

-Los aportes físicos incluyen la alimentación y la estimulación sensorial, necesarias para el crecimiento y desarrollo corporales y para el mantenimiento de la salud.

-Los aportes psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción personal con los miembros de la familia, escuela y trabajo

-Los aportes socioculturales están representados por las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y estructura social.

La provisión (o la falta de provisión) de aportes básicos explica los aspectos generales del desarrollo de la personalidad en la población.

Sobre la base de este modelo conceptual, Caplan describe dos métodos preventivos primarios: la acción social y la acción interpersonal.

- La acción social comprende el hacer cambios en la comunidad, teniendo como meta básica la de mejorar a la comunidad, de modo que se proporcionan los aportes físicos, psicosociales y socioculturales necesarios al mismo tiempo, se ofrece asistencia sobre aquellos que afrontan crisis.

El especialista en salud mental colabora con legisladores, administradores y otros ciudadanos para influir sobre instituciones gubernamentales para modificar normas y reglamentos; la acción ciudadana incluye los esfuerzos para modificar las actitudes generales y la conducta de los miembros de la comunidad por medio de la comunicación a través del sistema educacional, el cine, la televisión, la prensa, etcétera. Un ejemplo de acción social de aportes

psicosociales es la protección de la integridad familiar; así, ante un peligro común como es la aparición de una enfermedad, la hospitalización o la muerte de la madre, que conlleva a la desintegración familiar, mediante la separación de los hijos y su ubicación inestable en casa de parientes, en hogares adoptivos o instituciones especiales, en algunos países como Gran Bretaña, se recurre a los servicios de amas de casa sustitutas. Según el modo británico, habrían realizado una contribución importante a la prevención primaria del trastorno mental en los niños, sin mencionar la reducción del presupuesto destinado al bienestar comunitario (Caplan, 1985).

Caplan identificó dos formas de prevenir la inadaptación resultante de las reacciones en la crisis. La primera implica el intento de prever las situaciones que promueven las crisis y el tratar de modificar estas situaciones antes de que puedan tener una influencia negativa, la segunda comprende la prestación de servicios para aquellas personas que están arrastrando una crisis para fomentar la resolución adaptiva de la misma.

Para disminuir el impacto de las situaciones de tensión, es necesario prever dónde y cuando es probable que se susciten este tipo de situaciones. Caplan recomienda que se preste especial atención a los niños que inician la escuela, a los jóvenes que comienzan una carrera universitaria, así como a las personas que se están comprometiendo en matrimonio, a los que se están casando; a las mujeres que esperan un hijo, a los que los tienen, a los que están experimentando el climaterio o a los que afrontan el proceso de jubilación. Además de esto, son así mismo vulnerables los individuos que están enfermos físicamente o se están sometiendo a operaciones quirúrgicas, que ponen en peligro su integridad corporal, los que se hallan afligidos por el luto o sufren por la separación de un ser amado por razón de una hospitalización, e incluso aquellos que están viviendo un matrimonio deshecho.

Proporcionar servicios de consulta en situaciones como estas puede tener un impacto preventivo primario mediante la disminución de la tensión de la crisis.

- La acción interpersonal implica el contacto cara a cara entre un profesional de la salud mental y los individuos o los grupos pequeños. Aunque la intervención inmediata actúa sobre el individuo, la estrategia de la operación plantea el problema a nivel comunitario.

Esta estrategia determina la elección de individuos que son miembros significativos de la comunidad y que influyen a su vez en la salud mental de muchos otros, o que en el momento de la intervención son sumamente sensibles al tratamiento. De la estrategia dependen también la elección de métodos y técnicas que lleven al máximo los logros potenciales de los especialistas de la salud mental, de manera que los beneficios se extiendan tan ampliamente como sea posible en la comunidad.

La acción interpersonal puede ser dirigida hacia el enfrentamiento de la crisis, así como hacia el incremento de los aportes básicos. Esto puede hacerse ya sea interviniendo directamente con los individuos que están en crisis o consultando con los profesionales que dan atención, los que a menudo tratan con individuos y familias que encaran las crisis. Para intervenir directamente en las crisis, el especialista de la salud mental debe establecer contacto con los individuos que enfrentaron circunstancias críticas en localidades de la comunidad, en clínicas prenatales, en hospitales, en juzgados del divorcio, etc. En estas situaciones deben hacerse esfuerzos por identificar a los que no consiguen adaptarse bien a la crisis y asistirlos mientras la crisis se halla todavía en proceso.

1.2.- Prevención Secundaria.

Pretende reducir la duración de las perturbaciones que ya se han presentado. Facilita el crecimiento por medio de la experiencia de la crisis. Es esencial para un programa preventivo secundario los procedimientos para detectar la presencia de una perturbación, tan pronto como sea posible, después del suceso de crisis. En este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria y tiende a reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio de las crisis.

1.3.- Prevención Terciaria.

Incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis de la vida. Su propósito es reparar el daño en pacientes psiquiátricos accidentales por estrés de la vida, durante los años posteriores al suceso de crisis. Así mismo, se intenta fortalecer al individuo para que pueda contribuir a la calidad general de la vida de su comunidad. La rehabilitación del paciente mental recuperado es, por consiguiente, la finalidad de la prevención terciaria. Desde luego, los programas preventivos primarios o secundarios sirven también a este fin y de aquí que se traslapen considerablemente en la prevención terciaria.

2.- LA TEORÍA DE LAS CRISIS

Todos los seres humanos experimentan a lo largo de su vida algunas situaciones o circunstancias que precipitan una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento al desequilibrio emocional. Son estados de crisis las etapas concretas del desarrollo, o las situaciones que llegan de improviso y que toman por

sorprende a la persona, no teniendo oportunidad de utilizar los mecanismos de adaptación, adecuados para el manejo de la situación inesperada (Slaikeu, 1993).

Para Caplan (1985) estos periodos de crisis se caracterizan, generalmente, por la alteración psicológica aguda, con una duración aproximada de una a cuatro semanas, alteración que más que un signo de trastorno mental parece resultar de la lucha por lograr un ajuste y adaptación frente a un problema temporalmente insoluble. Estos problemas radican en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar con los mecanismos de superación y defensa que ya posee. Los problemas son serios e inevitables como, por ejemplo: la muerte de una persona amada, la pérdida o el cambio de empleo, alguna amenaza a la integridad corporal por enfermedad, accidentes o intervención quirúrgica, un cambio en la función sociocultural debido a transiciones evolutivas (ingreso a la universidad, casamiento, paternidad), etcétera.

En estos periodos de crisis el individuo encara sus problemas en forma inadaptada y emerge de la crisis con una pérdida de salud mental (Caplan, 1985). En tales casos, la progresión hacia la eventual enfermedad mental parece haberse acelerado durante periodos sucesivos de crisis. En otras personas, aunque también son vulnerables a una enfermedad mental eventual, su trayectoria parece haberse demorado como consecuencia de una experiencia adaptativa exitosa durante crisis particulares. Los individuos que logran dominar una experiencia de crisis emocional resultan a menudo fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva, en el futuro, no solo la misma situación, sino también otras dificultades.

2.1.- DEFINICION DE CRISIS

Para Aguilera y Messick (1976), una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva: se siente desamparada, envuelta en un estado de gran trastorno emocional e incapaz de actuar por su propia cuenta.

Para Caplan (1985), la crisis es un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental.

Para Slakeu (1993), una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Para Gómez del Campo (1994), una crisis es una combinación de situaciones de riesgo que en la vida de una persona coinciden con su desorganización psicológica y su necesidad de ayuda. Para este último autor la crisis representa tanto el peligro de un trastorno mental como la oportunidad para el crecimiento de una persona, esta puede estar presente en la vida de todo ser humano. Las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, la ayuda externa es crítica para determinar como tomaron los individuos sus decisiones, es decir, el punto de partida o punto decisivo para el cambio.

Los autores antes mencionados coinciden señalando que el estado de crisis es una situación límite donde la persona pierde momentáneamente la capacidad del manejo de la situación mientras dura la crisis, además de que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. La crisis genera ansiedad, desorganización y desequilibrio

emocional, pero no siempre es negativo o destructivo, ya que las crisis pueden ayudar a crecer y a desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles de funcionamiento óptimo.

Para Halpern, citado por Slaikeu (1993), en los periodos de crisis por los que puede atravesar la persona pueden observarse algunos o todos los síntomas que se describen a continuación:

- Sentimientos de desesperación.
- Sentimientos de tristeza.
- Sentimientos de desamparo.
- Sentimientos de inadecuación.
- Sentimientos de confusión.
- Síntomas físicos como por ejemplo dolores musculares, dolores de cabeza, cansancio, agotamiento, fatiga, etc.
- Sentimientos de ansiedad.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares, laborales y sociales
- Desorganización en sus actividades sociales.

Los síntomas descritos anteriormente permiten destacar la idea de Caplan (1985) y Halpern, quienes describen que el estado de crisis se caracteriza por un desequilibrio y trastorno emocional, que puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona, los cuales provocan sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones y funcionamiento físico inadecuados.

2.2.- Características de las Crisis.

Para Caplan (1985), el factor esencial que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad, la importancia del problema y los recursos con los que se disponen inmediatamente para enfrentarlo. El individuo detecta estímulos que señalan un peligro para la satisfacción de sus necesidades fundamentales o que provocan una necesidad importante, las circunstancias son tales que los métodos habituales para resolver los problemas resultan insuficientes o ineficaces dentro del lapso de tiempo de las propias expectativas de éxito, por lo que la tensión debida a la frustración de la necesidad se eleva, y esto es lo que en sí mismo involucra problemas de mantenimiento de la integridad del individuo o los grupos y puede estar asociado a sentimientos de malestar y esfuerzo subjetivo.

2.3.- Principios básicos de la crisis.

En 1985, Caplan y Taplin (citado por Fiorentini, 1994) dictaron en Inglaterra una conferencia sobre "Salud mental y crisis" en la que establecieron los principios básicos de las crisis: El estado de crisis está limitado a tiempo y casi siempre hay un evento precipitante, generalmente sigue un patrón de desarrollo a través de diversas fases. En la crisis existe un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento altos y bajos que depende de varios factores como la gravedad del evento precipitante, los recursos personales y los recursos sociales que posee la persona.

A continuación, se describen cada uno de estos factores

a) Estado de crisis limitado a tiempo.

El estado de crisis se restaurará aproximadamente de cuatro a seis semanas. No obstante, esto no quiere decir que la crisis ha sido resuelta; al respecto, es importante hacer una distinción

entre la restauración del equilibrio y la resolución de las crisis. Es de mayor utilidad pensar en el periodo de las cuatro a seis semanas como un momento, durante el cual el equilibrio puede restaurarse, esto es, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas, que caracteriza la parte inicial de la crisis, se reducen en intensidad, sin embargo, es la inestabilidad o la desorganización la que está limitada al tiempo. Para Lazarus, citado por Slaikau (1993), la resolución de la crisis puede llevarse mas tiempo que el de este periodo de restauración del equilibrio, incluso puede tardar años.

La resolución de la crisis incluye, además de la restauración del equilibrio, el dominio cognoscitivo de la situación, el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, cambios de conductas y el uso apropiado de recursos externos.

Slaikau (1993), menciona que la resolución positiva de la crisis puede definirse de la siguiente forma:

"Penetrando en el suceso de crisis de modo que se integre dentro de la "manufactura" de la vida, dejando a la persona abierta en vez de cerrada al futuro".

Cada palabra es un elemento importante para el proceso de la terapia en crisis. "Penetrando" comprende ayudar a la persona, en la exploración del suceso de crisis y su reacción al mismo, basando la terapia de crisis en:

- La reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis;
- La expresión de sentimientos, manteniendo un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis; y
- La realización de adaptaciones interpersonales y de conductas apropiadas a la situación.

La "integración" del suceso dentro de la "manufactura" de la vida, significa que para que la crisis se resuelva, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a lo largo de otros sucesos de la vida de la persona, formando parte de una experiencia desarrolladora y favorecedora del desarrollo.

A este respecto, cabe destacar que la persona debiera estar abierta para poder encarar el futuro y estar preparada para iniciar nuevas empresas en la vida, pues, después de una crisis, es probable que la persona se aparte de sus relaciones y se sienta incapaz para trabajar, además de presentar dificultades para encontrarle gusto a la vida e incluso puede llegar a experimentar conductas de aislamiento, como no salir de su casa, o en otros casos se puedan presentar una serie de enfermedades de base psicósomática. Por lo anterior, es necesario promover en la persona la disposición para continuar el proceso de vivir.

b) Casi siempre hay un evento precipitante.

La experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún evento específico. Algunos sucesos son universalmente devastadores, por ejemplo la muerte inesperada del primer amor o una violación, de modo que casi siempre son capaces de precipitar una crisis.

El impacto de un suceso particular depende del tiempo, intensidad, duración, secuencia y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo. Si se distinguiera por lo repentino y severo (como por ejemplo un desastre natural de grandes dimensiones), o por su sutileza (por ejemplo el cumplir 50 años), necesitarían observarse desde el suceso externo lo que significa para la persona en el contexto de la historia de su desarrollo.

c) Generalmente, sigue un patrón secuencial del desarrollo a través de diversas fases:

Fase 1. La elevación inicial de la tensión, debido al impacto que el estímulo provoca, pone en acción las habituales respuestas homeostáticas de solución de problemas.

Fase 2. La falta de éxito y la prosecución del estímulo determina la elevación del desequilibrio y la ineffectividad de las respuestas.

Fase 3. La tensión sigue aumentando y traspasa un tercer umbral al comenzar a actuar como poderoso estímulo interno para la movilización de recursos internos y externos. El individuo recurre a sus reservas de energía y sus mecanismos de emergencia para resolver problemas. Utiliza nuevas técnicas para enfrentar lo que está viviendo, mientras tanto, pueden haber disminuido en intensidad los problemas. El sujeto llega, entonces, gradualmente a definirlos en una forma nueva, de manera que entran en su experiencia previa.

De esta forma, advierte aspectos que había descuidado y que hubieran sido susceptibles de tratarse con capacidades y técnicas accesibles que previamente no se consideraron aplicables. Otros aspectos imposibles de manejar, pero poco importantes, pueden dejarse de lado. Quizá se abandonen algunos objetivos por inalcanzables. Es posible, que se explore mediante técnicas de ensayo y error, o a nivel empírico o especulativo, qué vías están abiertas y cuáles se encuentran cerradas.

Como resultado de esta movilización de esfuerzos y de la redefinición de la situación, el problema puede resolverse, la solución generalmente involucra una alteración del papel del individuo frente a su grupo, restableciéndose la complementación perturbada mediante la alteración previa. Por ejemplo, la crisis puede desviarse por cualesquiera de los siguientes aspectos: reducción de la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o renunciar a propósitos fijos que resultan inalcanzables.

Fase 4. Si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad, o evitarse por medio de la resignación o la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión se

eleva hasta un punto de ruptura. Se produce, entonces, una desorganización en el individuo, con resultados graves

d) En la crisis existe un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento altos o bajos.

Los periodos de crisis pueden llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso la crisis habra sido una oportunidad positiva (una personalidad más segura y altamente integrada para enfrentar tensiones futuras); si, por el contrario, se conduce a una reducción de la capacidad para enfrentar efectivamente los problemas de la vida, la crisis se convierte en un episodio negativo

e) La resolución de la crisis depende de varios factores tales como:

- 1.- La gravedad del evento precipitante (muerte de un ser querido o un ataque físico).
- 2.- Recursos materiales. Durante una crisis se incluye el dinero (disponibilidad de la cantidad requerida), comida, vivienda y transporte. La disminución de cualquiera de estos factores tiene el potencial para cambiar moderadamente un suceso estresante a una crisis (incapacidad para pagar los servicios médicos, etc.). Es importante valorar el grado en que la carencia de recursos materiales esta agravando la situación, y la amplitud de los esfuerzos para ser dirigidos hacia ayuda de urgencia (monetaria o diferente) que puedan facilitar otros esfuerzos de enfrentamientos positivos (psicológicos)
- 3.- Recursos personales individuales. La fuerza del yo, la historia previa al abordar situaciones estresantes, la existencia de cualquier problema de personalidad no resuelto y el bienestar físico, forman parte para determinar si un suceso particular conducirá a la crisis.

4.- **Los recursos sociales.** Se refiere a la gente que se encuentra cerca del sujeto en el momento de la crisis, como es el caso de amigos, familiares y colaboradores de trabajo

Unger y Powell, citados por Staikou (1993), describen tres tipos de ayuda que los sistemas sociales pueden aplicar durante el momento de crisis.

1.- La primera es el apoyo instrumental, que consiste en dar ayuda material como comida, ropa, albergue o dinero para aminorar cargos financieros.

2.- La segunda es apoyo emocional en donde se le comunicará específicamente a la persona que sufre una crisis que es amada, protegida y valorada por sus familiares y amigos.

3.- Por último, proporcionar información y referir a otros recursos de ayuda. Por sus acciones, los miembros de la familia y amigos pueden afectar la ruta de una persona en crisis, ya que interpretarán los sucesos y qué estrategia de enfrentamiento será probada, así mismo, una red social individual es comúnmente la primera (y la de mayor confianza) fuente de información sobre dónde ir para una ayuda posterior.

3.- TIPOS DE CRISIS

Para Erikson, citado por Caplan (1985), y para Caplan (1985) y Staikou (1993), existen dos categorías de crisis: las crisis evolutivas o de desarrollo y las circunstanciales.

3.1.- Crisis evolutivas o del desarrollo.

La tesis fundamental en el desarrollo de la crisis es que sus sucesos precipitantes están implicados en los procesos de maduración. Esta aproximación se observó más allá del suceso de crisis particular y se enfoca hacia el individuo bajo la luz de su desarrollo histórico.

Erikson (citado por Maier, 1986) formalizó primero la idea de que la personalidad continúa a través de desarrollo de las etapas de la vida, en tanto que Freud (citado por Slaikou, 1993), sugirió que la personalidad se estructura ampliamente durante los primeros años de la infancia. Erikson considera la personalidad como un desarrollo durante el ciclo completo de la vida, claro está, cambiando radicalmente la función y la forma en que el individuo aborda cada etapa del desarrollo. El sugirió rastrear el desarrollo psicosocial a través de las ocho etapas epigenéticas (las tres últimas corresponden a la adultez), pero la primera y la última de la niñez (fases I y V) han recibido una atención más cuidadosa que las restantes fases infantiles. Puede que su especial interés responda a la fascinación que ejercen en él estos periodos y su importancia estratégica para los esfuerzos contemporáneos en torno a la crianza del mundo occidental.

Es posible concebir cada fase como una crisis vertical, que culmina en una solución psicosocial individual, y al mismo tiempo como una crisis horizontal, que exige resolver satisfactoriamente, desde el punto de vista personal y social, el problema de las fuerzas motivacionales. La infancia, la niñez y la adolescencia abarcan las primeras cinco fases: 1) Sentido de la confianza básica, 2) Sentido de la autonomía, 3) Sentido de la iniciativa, 4) Sentido de la industria, 5) Sentido de la identidad. Las tres fases de la adultez son: 6) Sentido de la intimidad, 7) Sentido de la generatividad, y 8) Sentido de la integridad.

Fase I: Sentido de la confianza básica.

Durante los primeros meses de vida, la boca es la zona más sensible del cuerpo. El niño incorpora como alimento el pezón o el pulgar. Existe hambre de alimento y de estimulación de los órganos de los sentidos y de toda la superficie de la piel. Según lo que

sucedan entre el niño y la madre, que es también portadora de los valores, el niño desarrolla un sentimiento básico de confianza en que sus deseos serán satisfechos con frecuencia o una sensación de que va a perder la mayor parte de lo que desea.

Durante los siguientes seis meses, el estilo social predominante se desplaza de recibir a tomar, manifestado oralmente por el mordisco. Sin embargo, el niño lactante observa que se le quita el pezón cuando muerde. Está empezando el destete. También empieza el dolor o la nostalgia.

Pero si su confianza básica es fuerte, puede alimentar una fuente interna de esperanza duradera en vez de un pozo de condenación.

Fase II: Sentido de la autonomía

En el segundo y tercer año de vida, el niño aprende a andar por sí mismo, a alimentarse, a hablar y controlar los músculos de su esfínter anal. Tiene entonces que elegir entre dos estilos sociales: conservar o expulsar. Asimismo, el niño que aprende a caminar lucha por dominar toda su persona, afirma su sentido de autonomía, realiza su voluntad. Sin embargo, su permanente dependencia crea al mismo tiempo un sentido de la duda respecto de su capacidad y su libertad para afirmar su autonomía y existir como unidad independiente.

Si los padres animan al niño a confiar en sus propias capacidades y le proporcionan un ambiente que no es arbitrario, caprichoso o demasiado difícil, obtiene cierta confianza en su autonomía. Sin embargo, si se le dice que sus heces son malas, si se le prohíben muchas cosas, entonces se siente enfurecido por su impotencia, tonto y avergonzado. Una vez que se siente avergonzado, desconfía de lo correcto de sus propios actos, pensamientos, sentimientos y empieza a dudar de sí mismo.

Fase III: Sentido de la iniciativa

A los tres años el niño se desenvuelve en un amplio ámbito, donde su aprendizaje se vuelve instructivo, toma las cosas con avidez y curiosidad. Sin embargo, la primera iniciativa del niño acontece en su casa, donde expresa su interés apasionado por el padre del sexo opuesto. Evidentemente es desilusionado. Al mismo tiempo, puede intentar conseguir un lugar para sí en el afecto de los padres frente a sus hermanos.

Desarrolla una distinción entre lo que desea y lo que se le dice que debería ser. La disyuntiva aumenta hasta que se crea una brecha entre la serie de deseos en expansión del niño, su exuberancia y crecimiento ilimitado, y el conjunto de restricciones de sus padres. Generalmente, convierte estos valores paternos en auto-obediencia, autocontrol y autocastigo. Este estadio finaliza a los seis años aproximadamente.

Fase IV: Sentido de la industria

Durante el periodo de latencia, cuando el niño estudia y se prepara para cooperar, puede llegar a confiar en su capacidad de utilizar materiales de adultos. O puede abandonar la prueba, dejar la propia laboriosidad y llegar a la conclusión de que es inferior y no puede dirigir las cosas de su mundo. Este periodo se extiende desde los seis a los once años.

Fase V: Sentido de la identidad.

Desde los once a los dieciocho años se plantea el problema de si un niño decidirá por la profesión que sus padres desean que escoja o si elegirá otra. Si escoge otra ¿cuál será? La indecisión y confusión permiten con frecuencia que los jóvenes se alien para formar una especie

de clan. Un joven esta en suspensión entre “La moralidad aprendida por el niño y la ética que desarrollará el adulto”. Erikson llama a esta suspensión una moratoria.

Fase VI: Sentido de la intimidad

Un joven adulto o se comporta en intensas y duraderas relaciones o bien se vuelve autointeresado y autoindulgente. Sin un amigo, o cónyuge en el matrimonio, el sentido de aislamiento adopta proporciones peligrosas.

En la intimidad verdadera existe una mutualidad. Si el amor y el sexo van acompañados en vez de separados, el joven adulto es capaz de un amor que puede compartir con otra persona y que se proyecta sobre el mundo a través de sus hijos.

Fase VII: Sentido de la generatividad

La generatividad significa un interés vital, fuera del hogar, en crear y guiar a la generación incipiente o en el mejorar la sociedad. Los que no tienen hijos pueden ser generativos, sin embargo, los adultos que sólo viven para satisfacer sus necesidades personales y adquirir comodidad y diversión para sí mismos, están comprometidos en la autoabsorción que el estancamiento implica. Estos años comprenden las décadas medias de la vida.

Fase VIII: Sentido de la integridad

Cuando la muerte ha llegado a convertirse en una preocupación diaria, el adulto maduro desarrolla una serie de sentimientos cuya base es la desesperación. Puede ser capaz de triunfar sobre ellos por la integridad del Yo: es decir, por un intenso sentido de sí mismo y el valor de su

vida pasada. La fuerza proviene de una mirada retrospectiva a una vida que ha dado satisfacción. Sin esto, existe un miedo a la muerte, una desesperación y su máscara: el disgusto.

Cada una de estas etapas posee potencial de crisis y depende de cómo se resuelvan un número específico de problemas en cada nivel para que se de el crecimiento de una persona a un nivel superior o se detenga en el que no pudo superar

Otro punto de vista respecto al paso de las crisis por la vida es el de Slaikou (1993), quien propone una serie de hipótesis centrales detrás de la aproximación del desarrollo en las crisis de la vida:

1.- La vida desde el nacimiento hasta la muerte, caracterizada por el crecimiento y los cambios continuos. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista, no por el cambio en sí mismo.

2.- El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones (algunos dicen etapas), cada una caracterizada por ciertas actividades (Erikson, citado por Caplan, 1985) o preocupaciones (Neugarten y Rapoport y Rapoport, citados por Slaikou, 1993).

Los teóricos de las etapas sostienen que el individuo debe superar las actividades de una de ellas para poder funcionar de manera adecuada en la siguiente. Por ejemplo, un adolescente necesitaría desarrollar un sentido de identidad para descubrir quién es antes de ser capaz de comprometerse significativamente en las relaciones íntimas con adultos jóvenes.

3.- Las transiciones del desarrollo de los adultos, son cualitativamente diferentes de los que se dan en la niñez y en la adolescencia. En tanto que la crisis en la madurez de un ejecutivo de cuarenta años puede parecer como una segunda niñez, o toma la forma de una crisis de identidad en un adolescente, es una sobresimplificación vista únicamente por términos de

construcción desde etapas primarias hasta la crisis de adulto, que se identifica sólo por las etapas de preocupación o de actividades.

4.- Aunque cada etapa es única, los motivos de los días juveniles son por lo general reconocidos o reelaborados durante todo el ciclo de la vida (Neugarten, citado por Slaikeu, 1993). Estos motivos no surgen en verdad solo en momentos de la vida. Cada uno debe ser resuelto y luego puesto detrás, como si fueran eslabones de una cadena. La identidad es creada y recreada, los resultados de la intimidad, libertad y compromisos significan para otros, la presión del tiempo, la reformulación de objetivos en la vida, inventariar y reconciliar, la aceptación de éxitos y fracasos - todo esto preocupa tanto a jóvenes como a los viejos. Es una ironía, aunque a veces inmenzonable, que las preocupaciones psicológicas de los adultos son periódicas. Estas aparecen y reaparecen en nuevas formas sobre periodos largos. Para Rapoport y Rapoport, citados por Slaikeu (1993), el desarrollo se da a través de las etapas relativas al trabajo, familia y juego (una triple hélice). Todas las etapas de la vida están contempladas como un enfoque de interacción de estos tres aspectos. La profesión, por ejemplo, puede encontrarse a los dieciocho años y cambiar a los cuarenta y cinco, aunque la profesión como tema de la vida permanece constante.

5.- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el contexto de la historia personal. Por ejemplo, una discusión entre un chico de diecisiete años y su padre sobre sus amistades, la hora de llegar a casa y beber alcohol debe considerarse dentro del contexto de formación de identidad en la adolescencia.

6.- Una crisis es una versión extrema de una transición. Las transiciones son puntos decisivos o regiones límites entre dos periodos de gran estabilidad (Levinson y cols., citados por Slaikeu, 1993). Estas transiciones del desarrollo pueden transcurrir fácilmente o involucrar

trastornos considerables. Las crisis del desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y, de hecho, lo hacen posible.

Slatkeu (1993) menciona que hay hipótesis para indicar cuándo una transición se convierte en crisis. Estas hipótesis son las siguientes:

a) Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de las actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo se perturban o dificultan. Danish y D'Agugelli, citados por Slatkeu (1993), sugieren que la transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser impedida por la falta de habilidad, conocimiento o incapacidad para correr riesgos.

b) Otras formas para comprender cómo una transición puede convertirse en crisis, es pensar en términos de la demanda de sobrecarga. Brim, citado por Slatkeu (1993), establece: Una "crisis masculina en la madurez", ocurrirá para algunos hombres si hay demandas múltiples y simultáneas de cambios de personalidad. Un claro ejemplo sería que durante el mismo mes o año un hombre desechara sus últimas ilusiones sobre el gran éxito, aceptara a sus hijos como son, enterrara el recuerdo de sus padres y se sometiera a la realidad de su mortalidad, reconociendo que su interés y vigor sexual han disminuido e, incluso, terminará por encontrar consuelo en este hecho.

c) Una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes. Para Neugarten, citado por Slatkeu (1993), la menopausia y la vejez son sucesos de la vida para los que las expectativas de la mujer son críticas en la previsión de resultados.

d) Por último, un individuo podría experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si ese individuo se percibe a sí mismo como fuera de fase, con las expectativas de la

sociedad para un grupo particular de esa edad. Neugarten (citado por Slaikeu, 1993), piensa que todos nosotros cargamos "relojes mentales", que nos dicen si estamos dentro o fuera de tiempo con nuestros semejantes.

3.2.- Las Crisis circunstanciales, accidentales o inesperadas.

No todas las crisis se limitan directamente al proceso natural de maduración, ya que muchas son completamente impredecibles. La pérdida de toda una familia en un accidente automovilístico, la leucemia en un niño de ocho años, una violación, ser tomado como rehén bajo amenaza de muerte son sucesos conocidos como crisis circunstanciales.

La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante (inundación, ataque físico, terremoto, muerte de un ser querido, etc.), tiene poca o mucha relación con la edad del individuo o la etapa del desarrollo por la que está pasando en ese momento de su vida, es decir, las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a cualquier persona en cualquier momento de su vida.

Principales características de las crisis circunstanciales:

1.- Trastorno repentino - En tanto que los problemas del desarrollo, por lo general, se van formando a lo largo de los años, las crisis circunstanciales pueden afectar a los individuos repentinamente.

2.- Lo inesperado.- Las personas y familias, pueden anticipar algunas transiciones de la vida y prevenir algunas crisis; pocos individuos están preparados para una crisis circunstancial. En la mayor parte de los casos, la gente piensa que eso "le sucede a otros", pero a ellos no.

3.- Calidad de urgencia - Debido a que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico de las personas, con frecuencia se inician como urgencias que

requieren de acción inmediata. Las estrategias de intervención en crisis, por consiguiente, deben tener en cuenta prioridades para valorarlas rápidamente y ejecutar acciones apropiadas.

4.- Impacto potencial sobre comunidades completas- Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas simultáneamente, por lo que la intervención la requieren grandes grupos en un periodo relativamente corto. Un incendio, como el ocurrido en el Hotel MGM de Las Vegas, puede dejar cientos de sobrevivientes, parientes y amigos, todos luchando por enfrentar la pérdida de algún familiar o amigo en las siguientes semanas y meses.

5.- Peligro y oportunidad- El peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales, por lo que debe recordarse que de la desorganización que sobreviene se inicia, en forma causal, alguna forma de reorganización. Esta, tiene el potencial para trasladar a la persona y su familia a niveles de funcionamientos altos o bajos. En principio, se vislumbra que el crecimiento resultante de algo tan traumático como un ataque físico, una violación o una pérdida de un ser querido pueden parecer demasiado improbables; sin embargo, desde que estos sucesos exigen nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para examinar y reelaborar problemas personales no resueltos en el pasado, es posible que para aquellos individuos que son más fuertes, psicológicamente hablando, dichos acontecimientos los fortalezcan aún más, proporcionándoles mejores herramientas para enfrentar las crisis futuras.

4.- CATEGORÍAS DE LAS CRISIS CIRCUNSTANCIALES.

Slaikou (1993), divide en seis categorías las crisis circunstanciales que son: enfermedad física y lesión; muerte repentina o interpestiva; crimen víctimas y delincuentes; desastres naturales y provocados por el hombre; guerra y hechos relacionados con las crisis circunstanciales; y crisis circunstanciales de la vida moderna.

4.1.- Enfermedad física y lesión

Las enfermedades físicas y las lesiones son eventos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para enfrentarlos y adaptarse (Slaikeu, 1993). Un ejemplo de esto es el diagnóstico de una enfermedad grave, una cirugía, una pérdida de algún miembro del cuerpo, la incapacidad física, la desfiguración y otros sucesos que puedan contemplarse como una pérdida o amenaza física o psicológica. La crisis de una pérdida de este tipo requiere de la ayuda y del apoyo personal capacitado, con el fin de que ayude a la persona a manejar adecuadamente todo el proceso de duelo.

Las familias y pacientes que experimenten situaciones de gran estrés, como accidentes, enfermedades, lesiones físicas, etc., necesitan ayuda y apoyo psicológico no sólo del personal médico del hospital, sino también de profesionales especializados en el cuidado de la salud mental, sobre todo en los momentos de crisis (Fiorentini, 1993).

Rodney (1979), señala que es preciso no perder de vista que la aparición de una enfermedad significa diferentes situaciones para cada persona, pero que, en grados variables, siempre termina por repercutir en las relaciones sociales establecidas. Algunas veces el desarrollo de la enfermedad se refleja en el comportamiento del sujeto; éste es influenciado por factores socio culturales y sociopsicológicos tales como los caracteres étnicos, la sensibilidad al dolor y ciertas condiciones psicológicas tales como aprehensión, ansiedad y miedo. Además, pueden presentarse fenómenos psicológicos como la ambivalencia, la agresión, la regresión hacia el comportamiento infantil y el egocentrismo como respuestas frecuentes ante una enfermedad.

Para este mismo autor, la gente, al ponerse enferma, experimenta una "visión reducida de su mundo". Ello está de acuerdo con una movilidad reducida, por ejemplo, como consecuencia de la permanencia en cama o dentro de casa, lo cual lleva a la incapacidad de cumplir con los roles normales, así como una reducción de la interacción con los demás. La preocupación del enfermo por su enfermedad tiende a enfocar su atención y preocupación por su cuerpo, con exclusión de otras preocupaciones que normalmente le interesan. Cuando el paciente se encuentra ansioso o con dolores se le hace difícil concentrarse en otras tareas exteriores. Como consecuencia de las propias necesidades se tiende a apreciar la situación de los demás como de menor intensidad. Las personas enfermas son notablemente exigentes y solicitan atención "precisamente ahora". Por todas estas razones, la gente suele pensar que los enfermos son propensos al egocentrismo. Estos factores, junto con el aumento de dependencia de los demás, colocan a la persona enferma en una especie de status infantil; por ello, se dice que el enfermo experimenta una "regresión".

Finalmente, se desvanece el interés del enfermo por cualquier cosa, excepto por él mismo; perdido en su ansiedad y dolor se vuelve apático.

En ese mismo año, Rodney señaló que para la mayoría de la gente el hospital es un ambiente extraño. Tiene sonidos y olores diferentes de los que estamos acostumbrados. Tienen un "aire de urgencia", con los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud moviéndose rápidamente de un lado para otro. Algunos viven el hospital con ansiedad y recelo, siguiendo con la creencia que el hospital es un sitio a donde se va a morir, y así mucha gente piensa que la hospitalización significa que la enfermedad es grave porque solamente van al hospital los que están muy enfermos, es decir, graves.

La aparición de una enfermedad exige respuestas de tipo personal y de apoyo comunitario; esta sería el tipo de respuesta de los miembros de la familia y de los amigos. Cuando el paciente es admitido en el hospital, está cargado de molestias debido a la separación del paciente de los roles normales desempeñados en la familia y en la comunidad, así como por la ansiedad producida por la falta de comprensión de los procedimientos hospitalarios y el temor por el pronóstico de recuperación consecuente de los roles normales.

Dentro de la familia, cada miembro desempeña determinadas tareas y roles que son complementarios con los de otros miembros. Así, por ejemplo, la hospitalización del varón adulto, que generalmente representa la cabeza de la familia, no sólo puede privar a ésta de sus ingresos procedentes del trabajo, sino también hacer necesario que otra persona asuma su rol familiar. Si la mujer adulta toma el lugar del marido en el mundo ocupacional, entonces hay que hacer ajustes para desempeñar su rol en la familia. Del mismo modo, la hospitalización en la mujer adulta causa una interrupción en los roles familiares, que exige distintos tipos de adaptación de los otros roles.

Con la hospitalización de un niño hay que hacer otro tipo de ajuste dentro de la familia. Un adulto (o ambos) tienen que repartir sus atenciones entre los niños que permanecen en el hogar y el que está hospitalizado. Además, la enfermedad de un niño exige atenciones especiales de los padres. En la sociedad occidental, generalmente, es la madre quien dedica más tiempo al niño enfermo, pero lo hace a expensas de su marido y de los otros hijos.

Para Gómez del Campo (1994), hoy en día, en la Ciudad de México, a menudo la familia está compuesta no solamente por los padres y los hijos, sino también por una persona anciana, que por lo general es el padre o la madre de uno de los adultos, que se puede ver afectado, con frecuencia, por enfermedades crónicas que pueden requerir hospitalización prolongada o

cuidados especiales dentro del hogar, lo cual aumenta la carga de la familia. Sin embargo, también es evidente que las lealtades familiares y el sentido de la obligación son más fuertes que el deseo de una distribución más eficaz de los roles. Por consiguiente, la hospitalización de un miembro anciano puede suponer un excesivo esfuerzo emocional y económico para la familia. La enfermedad, la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas, son una experiencia estresante con un significativo impacto emocional y psicológico en el paciente. En estas situaciones de emergencia, en las que puede encontrarse cualquier persona, los profesionales responsables de la enfermedad muestran una gran preocupación por la salud y el bienestar físico, pero rara vez se toman en cuenta las necesidades de tipo emocional, como es el caso del paciente moribundo y su familia. Las necesidades emocionales del paciente y de quienes lo cuidan son, con frecuencia, ignoradas e insatisfechas.

4.2.- Muerte repentina

Según Slaikeu (1993), la conciencia de la mortalidad se inicia en la infancia con un primer pensamiento: "Puesto que alguien, algo diferente a mí muere, yo podría morir". La anticipación es una variable importante al llegar la muerte inminente, la propia o la de un ser querido. Desde el punto de vista del desarrollo, la muerte se vuelve importante en especial en la edad madura, con el reconocimiento de que la vida debe estar trazada según el tiempo que falta, como opuesto al que se ha vivido. Numerosas experiencias de la vida, como lamentarse por un ser amado, ver una película o jugar con la muerte, e incluso redactar un testamento, son capaces de forzar a los individuos a confrontar su propia realidad.

Por lo anterior, no todos los duelos son crisis. En cuanto a la muerte anticipada, como la vejez, ésta incluye un duelo, que involucra el hecho de experimentar e introyectar una pérdida,

aunque ésta no conlleve necesariamente una desorganización o una incapacidad grave para enfrentarlo. Para autores como Lindenmann, Parker y Moos, citados por Slaikou (1993), existen reacciones emocionales que acompañan a la muerte repentina, las cuales atraviesan por tres fases. En la primera, es común la respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte; en la segunda, no puede evadirse de la cruel realidad de la muerte, ya no se le puede eludir, y los sentimientos relacionados con la pérdida empiezan a sobresalir; éste es un momento de preocupación por la persona que murió y un amor intenso por la pérdida única, y en la tercera fase hay una aceptación gradual de la realidad de la pérdida y el rompimiento de vínculos con la persona que murió. Esta etapa final comprende un movimiento hacia un funcionamiento vital sin el ser querido, y el desarrollo de nuevas relaciones, que tienden a reemplazar al individuo perdido.

Por último, para Weismann (citado por Slaikou, 1993), se debe tener presente que el proceso de duelo es afectado por la comunidad y las expectativas culturales, además, debe comprenderse en términos de muchas variables individuales; algunas personas expresan sus sentimientos a la familia y amigos, otros, toman una postura más privada volcando el duelo sobre ellos mismos; finalmente, para algunos, el curso del duelo incluiría momentos de amor y frivolidad, en tanto que para otros no los habrá.

4.3.- Crimen: víctimas y delincuentes

Diferentes ataques físicos, como una violación o un asalto, pueden comprenderse como sucesos cuyas manifestaciones psicológicas de trastorno y desorganización conducen a las crisis de la vida para las víctimas (McCombie, citado por Slaikou en 1993). La investigación realizada con mujeres violadas por Sutherland y Scherl, citados también por Slaikou en 1993, sugieren una

serie de fases por las que atraviesa la víctima. La primera fase aguda se caracteriza por un choque emocional, desmayo y ansiedad, y puede durar desde unos días hasta unas cuantas semanas; la segunda fase, sería la de adaptación al entorno e incluye el regreso a la rutina normal y la expresión temporal de sentimientos sobre la violación, en un intento por reducir la ansiedad y manejar la intensidad de los sentimientos; por último, la tercera fase esta representada por la integración y resolución, que puede empezar con el surgimiento de la aceptación de los sentimientos y con la necesidad de hablar del suceso. En esta fase crítica, es importante para la víctima el poder penetrar en sus sentimientos, desarrollar y aceptar la perspectiva de sí misma, lo que incluye la experiencia de violación y resolver sus sentimientos sobre el agresor. La víctima de violación puede recibir ayuda externa en el manejo de cada fase de la crisis.

En la fase aguda, los problemas prácticos deben resolverse: estos están representados por denunciar el suceso, informar a la familia y a los amigos cercanos, y conseguir pruebas de enfermedades venéreas y embarazo; la víctima también necesita información sobre reacciones emocionales esperadas y ayuda para enfrentar sentimientos de colera, humillación y angustia.

Por lo anterior se sugiere que en la intervención en crisis se incluya al grupo familiar, con el fin de comprender la violación y observar como sus actitudes pueden intervenir en la resolución psicológica final de la crisis de la víctima.

En este apartado no puede dejar de mencionarse la violencia doméstica (abuso de niños y conyuge), que es otra área que se ha comprendido cada vez más dentro de la intervención en crisis. Para autores como Belsky, Brown, Parka y Warner, citados por Slaikou (1993), el abuso por parte de un padre o conyuge puede crear una crisis para la víctima. Más allá del peligro físico, hay otro tipo de peligro, de orden psicológico, que surge de la interpretación de los sucesos por la persona maltratada y, en particular, las autoatribuciones de culpa y aprobación. Además, el

acto de abuso de un niño o un conyuge puede entenderse como un signo de la incapacidad del ultrajador para enfrentar apropiadamente sus crisis

Las intervenciones en este tipo de crisis necesitan ser o estar bien orientadas, tanto para los ultrajadores como para las victimas, así como para proveerlos de los mecanismos de afrontamiento, con el proposito de disminuir la posibilidad de un nuevo abuso

Autores como Stratton, Kantos, Caron y Speer (citados por Slakeu en 1993), dirigieron su atención hacia la comprensión de la actividad criminal desde el punto de vista de la intervención en crisis. Ellos sugieren que el arresto y encarcelamiento pueden precipitar crisis; proponen que diversos factores como la exposición pública, la vergüenza, la autoculpabilidad, la pérdida de apoyos sociales y la restricción de las posibilidades de enfrentamiento, además de la realidad de un ambiente nocivo de cárcel, pueden combinarse para crear las crisis de la vida en delinquentes recién encarcelados.

Otro fin de los sistemas correctivos es la posibilidad de conceptualizar que, una institución como transición, puede precipitar una crisis de quienes tienen libertad condicional y de los que han terminado su condena. Se presupone que un cambio rápido en el medio, así como la falta de trabajo y de recursos sociales (en los más de los casos de trabajo), aunado a una preparación deficiente para enfrentar los retos al integrarse a la sociedad, pueden combinarse y liberar una crisis o una conducta criminal posterior, como medios para restablecer el equilibrio perdido

4.4.- Desastres naturales y provocados por el hombre

Una de las características más sorprendentes de los desastres es que afectan a mucha gente al mismo tiempo. Miles de personas pueden morir, dejando a otras miles enfrentando la pérdida. La consecuencia inmediata de los desastres (terremotos, incendios, inundaciones,

tornados, accidentes aéreos) es un estado de urgencia: en el momento, deben tomarse decisiones inmediatas para salvar vidas y atender a los heridos, por lo que el potencial para las crisis psicológicas se presenta en los días y semanas siguientes, sobre todo en como los individuos intentan enfrentar las pérdidas. Como ya se mencionó, los desastres naturales son inesperados para la mayoría de la población y tienen una gran fuerza, por consiguiente precipitan una crisis definida como: Un estado de desorganización psicológica que se caracteriza por la incapacidad para enfrentar el suceso estresante, y con potencial para el deterioro de la salud mental de gran duración.

Sanchez Sosa, en 1985, después de los terremotos que sacudieron a la Ciudad de México en el mes de septiembre, señaló tres componentes psicológicos fundamentales que afectan en especial al ser humano en situaciones de desastre: a) El comportamiento directo y observable de la persona, es decir, todo lo que hace, dice y que constituye su arsenal instrumental para modificar su ambiente; b) Sus percepciones y concepciones sobre lo que está ocurriendo, sus explicaciones tentativas, sus expectativas a futuro y sus pensamientos sobre sus decisiones a tomar; y c) El mundo de sus emociones y sentimientos, y sus reacciones ante la sorpresa, la pérdida, el dolor y la emergencia.

Para este autor, paradójicamente, estos tres componentes generales son precisamente los que el ser humano usa para controlar su realidad, su persona, su futuro y, a veces, las huellas de su historia.

4.5.- Guerra y hechos relacionados con las crisis circunstanciales

La guerra y sus variaciones proporcionan otro escenario de sucesos que pueden conducir a una crisis. La pérdida de la vida y de la propiedad amenazan a la identidad personal, y la

elección en la forma de vivir tiene para los supervivientes implicaciones psicológicas de largo alcance.

Davidson, citado por Slaikau en 1993, descubrió un gran número de miembros de la segunda generación de sobrevivientes de la Segunda Guerra Mundial, "que sufrían diversas formas de trastornos emocionales y de personalidad (límites y psicóticos), que se relacionaban claramente con los efectos a largo plazo de la traumatización masiva en los padres de los supervivientes de los campos de concentración". Por lo general, el trauma de las experiencias de combate se reprimen y luego se reactivan por alguna otra crisis de la vida (divorcio, desempleo, etc.).

El tratamiento de intervención en este tipo de crisis consiste, entonces en favorecer la catarsis del combatiente (por ejemplo, veteranos de Vietnam). El tratamiento, también abarca a la familia y al grupo social inmediato, con frecuencia entrenándolos en cómo abordar las reacciones específicas. Por ejemplo, los cónyuges se instruyen para resistir y conducir una agresión adicional en vez de una catarsis de impulsos violentos (Figley y Sprenkle, citados por Slaikau, 1993).

4.6.- Crisis circunstanciales de la vida moderna

La migración y reubicación se caracterizan por el cambio radical del ambiente, acompañado del sentido de pérdida, el desafío ante nuevos principios y semejantes. Los abastecimientos sociales de los miembros de la familia se suspenden, necesitando adaptación a nuevos principios. Además, las condiciones económicas variantes, como la inflación y el desempleo, traen trastornos sociales que tienen efecto sobre el funcionamiento familiar, psicológico e individual (Fried, Levine y Levine, citados por Slaikau en 1993). Las crisis de la

vida pueden incrementarse durante momentos económicos difíciles. De esta forma, las llamadas telefónicas a los centros para suicidas y a las líneas de urgencia, por ejemplo, se incrementan durante momentos inflacionarios.

Por otra parte, el divorcio puede ser considerado como una crisis de la vida, que puede conducir al crecimiento o al retroceso. Goode (citado por Slakau, 1993) encontró que las mujeres divorciadas sintieron el divorcio más traumático debido a que este se promovió por sus esposos, es decir, sus esposos deseaban divorciarse pero ellas no. Pero cuando la decisión fue mutua, resultó mucho menos traumático para la pareja.

Para concluir este capítulo, no se puede dejar de mencionar en este tipo de crisis, las relacionadas con el gran estrés, es decir, con los hechos que se viven en las grandes ciudades (Tokio, México, Nueva York, entre otras), en donde la inseguridad, la violencia, la competencia, las crisis económicas y otros muchos factores inciden directamente en el comportamiento psicológico, provocando cada vez más frecuentemente crisis que pueden llevar al individuo a tomar medidas extremas como el suicidio o el aislamiento por temor a la inseguridad.

Al respecto, la intervención debería ser a nivel primario, pero incidiendo constantemente a nivel comunitario, con el fin de contener acciones como las mencionadas anteriormente, que sólo reflejan el estado de estrés en el que viven algunos individuos en la actualidad quienes pasan por constantes crisis psicológicas, y que, para algunos suelen ser inadvertidas no sólo para la familia y amigos, sino para ellos mismos, ya que se constituye en un estilo de vida que termina por desorganizar la personalidad.

CAPÍTULO 2

Intervención en Crisis

1.-ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Para Aguilera y Messick (1976), una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva. En consecuencia, aumenta su tensión y su ansiedad, por lo que cada vez es menos capaz de encontrar una solución. En esta situación la persona se siente desamparada, está envuelta en un estado de gran trastorno emocional y se siente incapaz de actuar por su propia cuenta para solucionar su problema.

La intervención en crisis puede ofrecer la ayuda inmediata que necesita una persona en crisis para recuperar su equilibrio. Es una terapéutica a corto plazo, poco costosa y que se centra en el restablecimiento del equilibrio perdido. El creciente conocimiento de los factores socioculturales (crisis económica, el alto índice de desempleo, etc.) que pueden precipitar situaciones de crisis han conducido a una rápida evolución del método de la intervención en las crisis (Aguilera y Messick, 1976).

Para Fiorini, citado por Grimson (1973), las psicoterapias breves aparecen en los últimos años como una modalidad asistencial de creciente importancia social. Surgen con el crecimiento de instituciones que necesitan ofrecer asistencia a una población masiva de pacientes y cuentan para ella con personal e instalaciones restringidos. Se vinculan también con el desarrollo de una cultura psicológica y con una mejor identificación de problemas para los cuales pueden no ser posible ni necesario aplicar tratamientos intensivos y prolongados.

Las psicoterapias breves adquieren especial relevancia social por emerger en el seno de un sistema de clases: la enorme inversión que exigen los tratamientos intensivos a largo plazo los hacen estrictamente accesibles para una minoría cada vez más selecta.

2.1.- La Psicoterapia breve y de emergencia.

Para Bellak y Small (1992) la práctica de la psicoterapia rápida exige en especial que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien fundamentadas. La brevedad misma del tratamiento exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor economía en la intervención. La psicoterapia rápida (o breve) según se definirá aquí, deberá cumplir sus fines en el corto plazo que vaya de una a seis sesiones terapéuticas, cada una con el tiempo acostumbrado (de 45 a 50 minutos). Diciéndolo con precisión, la terapia rápida no es una terapia fácil. El terapeuta tiene que estar alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente. En la psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el "insight", tiene que crearlo. Tampoco tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas. Por ello, la psicoterapia rápida y de emergencia es propiamente una especialidad para el profesional experimentado porque requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades.

Esta es la razón por la cual el proceso de la terapia rápida debe comprenderse bien para que no se vaya a emplear de manera inadecuada y con serias consecuencias.

La psicoterapia rápida es una aplicación de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento. La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida, aplicada en situaciones especiales de crisis y emergencias.

La psicoterapia rápida, para Bellak y Small (1992), tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa. La orientación psicoanalítica, al parecer, es la que ofrece las hipótesis más sistemáticas disponibles, hipótesis que se prestan muy fácilmente a la verificación clínica y, a la larga, se espera a la verificación experimental, para ser modificadas o incluidas. Estos deben tomarse como enunciados relativos, algunos aspectos de la teoría freudiana, de los principales y de los de menor importancia, están muy lejos de haber sido comprobados; hay otras aportaciones que tienen mucho que ofrecer en cuanto a la comprensión del comportamiento humano. Sin embargo, los procedimientos fundamentales de la psicoterapia rápida se derivan de la comprensión del comportamiento humano, normal y anormal, contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa.

Para Aguilera y Messick (1976), la psicoterapia breve también tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica, pero difiere del psicoanálisis en sus objetivos y otros factores. Se limita a quitar o mitigar síntomas específicos, siempre que sea posible. La intervención puede llevar a algún tipo de reconstrucción de la personalidad aunque no se considera esta como la meta primordial.

Para Alexander (1956), citado por Aguilera y Messick (1976), en el psicoanálisis la meta terapéutica es la reestructuración de la personalidad, el centro del tratamiento es el pasado genético y la liberación del inconsciente. El poder del terapeuta es no directivo, exploratorio y de observador pasivo. Este tipo de terapéutica está indicada para personas con patrones neuróticos de personalidad. La duración del tratamiento es indefinida, dependiendo del individuo y del terapeuta.

En la psicoterapia breve, la meta es eliminar síntomas específicos y ayudar a prevenir el desencadenamiento de síntomas neuróticos o psicóticos más profundos. Se centra en el pasado genético, en la medida en que este se relaciona con la situación presente, con la represión del

La psicoterapia rápida, para Bellak y Small (1992), tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa. La orientación psicoanalítica, al parecer, es la que ofrece las hipótesis más sistemáticas disponibles, hipótesis que se prestan muy fácilmente a la verificación clínica y, a la larga, se espera a la verificación experimental, para ser modificadas o incluidas. Estos deben tomarse como enunciados relativos; algunos aspectos de la teoría freudiana, de los principales y de los de menor importancia, están muy lejos de haber sido comprobados; hay otras aportaciones que tienen mucho que ofrecer en cuanto a la comprensión del comportamiento humano. Sin embargo, los procedimientos fundamentales de la psicoterapia rápida se derivan de la comprensión del comportamiento humano, normal y anormal, contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa.

Para Aguilera y Messick (1976), la psicoterapia breve también tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica, pero difiere del psicoanálisis en sus objetivos y otros factores. Se limita a quitar o mitigar síntomas específicos, siempre que sea posible. La intervención puede llevar a algún tipo de reconstrucción de la personalidad aunque no se considera esta como la meta primordial.

Para Alexander (1956), citado por Aguilera y Messick (1976), en el psicoanálisis la meta terapéutica es la reestructuración de la personalidad, el centro del tratamiento es el pasado genético y la liberación del inconsciente. El poder del terapeuta es no directivo, exploratorio y de observador pasivo. Este tipo de terapéutica está indicada para personas con patrones neuróticos de personalidad. La duración del tratamiento es indefinida, dependiendo del individuo y del terapeuta.

En la psicoterapia breve, la meta es eliminar síntomas específicos y ayudar a prevenir el desencadenamiento de síntomas neuróticos o psicóticos más profundos. Se centra en el pasado genético, en la medida en que este se relaciona con la situación presente, con la represión del

inconsciente y con la restricción de los impulsos. El terapeuta asume un rol indirecto, supresor y de observador participante. Los instrumentos básicos son la intervención psicodinámica, unida a los tipos de intervención médica y ambiental. Las indicaciones para la psicoterapia breve son los trastornos emocionales agudos, las circunstancias severamente destructivas y las situaciones que ponen en peligro la vida del paciente y la de otros. Está igualmente indicada a personas que no requieren una intervención de tipo psicoanalítico. El promedio de duración del tratamiento varía de una a veinte sesiones.

2.2.- La intervención en crisis propiamente dicha.

La intervención en las crisis se deriva de la psicoterapia breve. La meta de la intervención en las crisis es la resolución de la crisis inmediata. Se centra en el presente genético, buscando el restablecimiento del individuo a un nivel de funcionamiento anterior a la crisis, o si es posible a un nivel de funcionamiento superior. El terapeuta asume un rol directivo, supresor y participante activo. Las técnicas empleadas son variadas y limitadas únicamente por la flexibilidad y creatividad del terapeuta. Algunas de estas técnicas son ayudar al individuo a lograr una comprensión intelectual de su crisis, a tomar conciencia de sus sentimientos, a examinar los mecanismos de defensa pasados y presentes, a hacer uso de apoyos situacionales y a estructurar planes anticipados con el paciente para reducir la posibilidad de crisis futuras.

El origen de la intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y colaboradores, siguiendo los hechos del incendio del centro nocturno en Coconut Grove, en Boston (E.E.U.U.), el 28 de noviembre de 1942. Lindemann y colaboradores, del Massachusetts General Hospital, desempeñaron un papel activo en la ayuda a sobrevivientes, y de aquellos que perdieron a un ser querido en el incendio. De sus observaciones de las víctimas dolientes de esta

catástrofe. Lindemann y cols. identificaron la pena aguda como un síndrome definido que comprende un conjunto de síntomas psicológicos y somáticos razonablemente persistentes.

Describieron un proceso mediante el cual se abrieron paso a través de este síndrome los que tuvieron éxito en sobreponerse a su pena. Este proceso comprende sentimientos de culpa, ira, depresión, además de varios trastornos somáticos. Estos investigadores notaron, así mismo, que muchos individuos, amenazados por la angustia, asociada con este proceso de aflicción normal, trataban de evitar la experiencia resistiéndose a "sufrir un colapso". Lindemann y cols. tenían la impresión de que tales esfuerzos por resistirse al desconcierto de la pena era un obstáculo para el proceso necesario de abrirse paso. Mientras el individuo evita el proceso, sigue preocupado por la persona muerta y su funcionamiento se perjudica. Por ello, afirmaban que la persona afligida puede prevenir la inadaptación psicológica, permitiéndose incurrir en el proceso normal de la lamentación. Los extraños fueron considerados útiles para ayudar a la gente en este proceso. Los clérigos, al igual que otros miembros de la comunidad que proporcionan servicios de una u otra clase, fueron considerados por Lindemann y cols. capaces de desempeñar un papel significativo en la prevención de la perturbación mental alentando el proceso de aflicción. Lindemann resalta la sintomatología característica asociada al desastre que, por primera vez, fue considerada de manera diferente a un desorden médico o psiquiátrico; así, fue aceptada como un conjunto de reacciones normales de los sujetos ante una situación de desastre. Dicho autor menciona, además, que algunos eventos causales (tales como guerras repentinas, accidentes en general, etc.) tienen probables efectos sobre la salud física y mental de la población. La inquietud de Lindemann fue desarrollar vías de acceso que pudiesen contribuir al mantenimiento de la salud mental y a la prevención de los desórdenes emocionales en un amplio sector de la comunidad. Eligió estudiar las reacciones de privación (1944), en su búsqueda de acontecimientos sociales o

situaciones que, en forma predecible estarían seguidos de disturbios emocionales en la mayoría de la población. En su estudio de las reacciones de privación entre los sobrevivientes del incendio del club nocturno, describió las reacciones breves y las anormalmente prolongadas que se presentaron en diferentes sujetos como consecuencias de la pérdida de una persona significativa para ellos. En su experiencia al trabajar sobre las reacciones del dolor, Lindemann concluyó que sería beneficioso para la investigación y útil para el desarrollo de los esfuerzos preventivos si se construía un marco teórico conceptual en torno al concepto de crisis emocional, como se ejemplifica en las reacciones de privación. Ciertos acontecimientos inevitables en el ciclo vital de cada individuo pueden ser desastrosos como situaciones peligrosas, por ejemplo el luto, el nacimiento de un niño, el matrimonio, etc. Postulo que en cada una de estas situaciones emocionales, se generaba y experimentaba tensión y se presentaban una serie de mecanismos adaptativos que llevarían o bien al manejo exitoso de la nueva situación, o al fracaso con un deterioro más o menos duradero para continuar funcionando. A pesar de que estas situaciones producen tensión en todas las personas que tienen que afrontarlas, solamente se convierten en crisis en aquellos individuos que, debido a su personalidad, a la experiencia previa o a otros factores de la situación presente, son especialmente vulnerables a esta tensión y de cuyos recursos emocionales se abusa más allá de lo ordinario. El marco teórico de referencia de Lindemann condujo al desarrollo de las técnicas de la intervención en las crisis y, en 1946, junto con Caplan, estableció un vasto programa de salud mental para la comunidad alrededor de Harvard, titulado Proyecto Wellesley, que se convirtió en un laboratorio para probar técnicas preventivas amplias. En el programa de Wellesley se ofrecía servicio a todo aquel individuo que enfrentaba "crisis o situaciones difíciles". Estas incluían las amenazas a individuos específicos, tales como la pérdida de relaciones significativas, la necesidad de tratar a una nueva persona en

la órbita social de uno, y varios tipos de transición en el status social. Además, se ofrecía consejo de grupo o grupos de individuos próximos a experimentar situaciones tensas, como los estudiantes de enfermería a punto de ingresar a la preparación y los niños a punto de entrar al jardín de niños.

Caplan, citado por Aguilera y Messick (1976), resalta que los aspectos más importantes son el estado del yo, el estado de su madurez y la calidad de su estructura, la evaluación del estado del yo se hace con base en tres áreas principales: 1) la capacidad de la persona para soportar la tensión y la ansiedad para mantener el equilibrio del yo, 2) el grado de realidad admitido y afrontado en la solución de problemas, y 3) el repertorio de mecanismos de defensa eficaces que utiliza la persona para mantener el equilibrio biopsicosocial.

Caplan (1985), cree que todos los elementos que componen el medio ambiente emocional de una persona deben ser determinados, dado que las exigencias materiales, físicas y sociales de la realidad, lo mismo que las necesidades, instintos e impulsos del individuo, influyen en su comportamiento, promoviendo, así, la salud mental preventiva.

La psiquiatría preventiva de Caplan, y su enfoque sobre la intervención en crisis durante etapas críticas de la vida, resalta la importancia de la consulta en salud mental, que promueva el crecimiento positivo y aminore el riesgo de un deterioro psicológico. Muchas de estas crisis precoces podrían ser identificadas y pronosticadas, lo que sería muy importante para prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios en como ayudar a niños y jóvenes a manejar esta desorganización (Slaikeu, 1993).

A mediados de la década de los sesentas, el término intervención en las crisis no estaba aún incluido en los diccionarios de Psiquiatría. En 1970, en la cuarta edición del Diccionario Psiquiátrico de Hinsel y Campbell, citado por Aguilera y Messick (1976), se maneja la

intervención en las crisis como una forma de psiquiatría comunitaria: "en el modelo de la intervención en las crisis, el centro son las exigencias situacionales transicionales para nuevas respuestas adaptativas. Debido a que la mínima intervención en estas condiciones, alcanzó efectos máximos y óptimos, este modelo es más rápidamente aplicable a los grupos que el modelo médico"

Según Bellak (1990), la psiquiatría comunitaria surgió de muchas disciplinas y está intrínsecamente ligada al desarrollo de la teoría psicoanalítica. Las ciencias sociales y del comportamiento, que avanzaron en la primera mitad de este siglo, estaban fundadas en las hipótesis psicodinámicas. Al mismo tiempo, los conceptos de salud pública y epidemiología estaban avanzando en los programas comunitarios de salud.

2.3.- Algunas investigaciones realizadas sobre intervención en crisis.

En 1958, Bellak creó una "Clínica de Urgencia", como parte del hospital urbano de Elmhurst, en New York (E.E.U.U.), un hospital general con mil camas. La clínica fue designada para ofrecer primeros auxilios a problemas emocionales, no limitándose a la crisis de urgencia y prestando servicios las veinticuatro horas del día.

A principios de la década de los 60's, el movimiento de prevención para suicidas creció con rapidez en los Estados Unidos, sobre todo después del discurso del presidente Kennedy, en febrero de 1963 (citado por Caplan, 1985), en el cual el presidente ponía énfasis en apoyar más a las áreas de prevención de la salud mental, así como también haciendo hincapié en un mejor trato a los enfermos mentales en todos los ámbitos del cuidado de estos. Es así que, apoyándose en parte sobre la teoría de las crisis de Caplan, centros de Estados Unidos de Norteamérica, como Los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie County (Búfalo) y Suicide Prevention &

Crisis Service, desde entonces, proporcionan las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, por línea telefónica directa, prevención a suicidas. Vinculando a la mentalidad activista social de los mismos años, los centros confiaron mucho en los esfuerzos de no profesionales y voluntarios paraprofesionales y en sus programas de orientación por teléfono. La idea fue una asesoría de apoyo disponible por teléfono a cualquier hora del día o de la noche, desplazándose, como fuera necesario, y viajar a hogares, estaciones de autobuses, campos de recreo y sitios similares para proporcionar la intervención en el lugar.

En 1967, la intervención en crisis reemplazó a la retención de urgencia en el Hospital General de San Francisco (E.U.A.). En cada unidad psiquiátrica se establecieron equipos interdisciplinarios cuyo objetivo primordial fue ayudar a que el paciente recuperara su funcionamiento independiente tan pronto como fuera posible. En 1968 en el Hospital Infantil de Los Angeles (E.U.A.) se establecieron servicios y centros para atender crisis juveniles, se crearon después de reconocer los fracasos de los intentos tradicionales para establecer contacto con los adolescentes. De esta forma, se instalaron teléfonos que responden llamadas las veinticuatro horas del día, en donde la consejería es abierta con un mínimo de formalismos y en donde los contactos son de libre acceso, con albergues gratuitos. La gente que participa en estos servicios son jóvenes voluntarios. Pocos años después, en 1972, Decker y Stubblebine (citados por Aguilera y Messik, 1976) señalaron que el programa de la intervención en la crisis alcanzaba la conquista prevista de la reducción de pacientes internos para tratamiento psiquiátrico.

Pero no solo en los EE.UU. se desarrolló este tipo de servicios, ya que en otros países como Yugoslavia (Tekavcic, Faberow, Zavasnik y Moenic, 1988) y China (Chong, 1993), entre otros, desde hace muchos años proporcionan intervención en crisis vía telefónica a problemas familiares, soledad, depresión, divorcios y problemas financieros. En un porcentaje mayor,

actualmente, el servicio de prevención en suicidios en adolescentes, adultos y ancianos, se proporciona en países como Suiza, Alemania, Canadá, Israel, Rusia, Austria y República Sudafricana. Cabe señalar que en algunos de los países mencionados anteriormente, la atención es proporcionada en clínicas para la atención al suicidio.

En el campo de la psiquiatría, la intervención en crisis ha comprobado ser eficaz en países como Suiza (Salvado, 1985), en Israel (Leyva, Davidson y Eilzur, 1985), Francia (Ficheux y Bigeon, 1988), Alemania (Pfizer, Rosen, Eseh, Held, 1990) y Rusia (Kaoemur y Zavasnik, 1993), tanto con pacientes como con familiares, ayudándoles a resolver las crisis de internación psiquiátrica.

Los estudios de investigación realizados en intervención en crisis de primer orden, según Slaikau (1993), se siguen realizando en países como la India (Narain, 1987), promoviendo un programa de salud mental comunitario para la sociedad desatendida por medio de publicidad y uso de para profesionales; en Australia (Sonneck y Horn, 1990), en donde se proporciona la primera ayuda psicológica a víctimas de un asalto armado con el fin de facilitar el desarrollo de la crisis hasta la aceptación de esta y en Israel (Elingman, 1992), en donde la intervención en crisis, en una emergencia provocada por un bombardeo, es dada por los padres de familia a los niños para el uso de la máscara antigas.

2.4.- Intervención en crisis en México

En cuanto a la presencia de servicios de intervención en crisis psicológicas en México, se conoce que a partir, de los años sesenta se inician los servicios de atención vía telefónica a personas con problemas emocionales, tal es el caso del Dr. Mark Zúñiga, de la Asociación Mexicana de Auxilio al Desesperado (A.M.A.D.) o de la Sra. Gainer (voluntaria), quien en una

iglesia de Las Lomas de Chapultepec, al poniente de la Ciudad de México, daba ayuda telefónica en inglés (Bustos, 1989).

De junio de 1967 a enero de 1972, el Centro de Prevención del Suicidio del Hospital de Emergencia de Coyoacán, también de la Ciudad de México, brindaba ayuda médica y psicológica, a través del teléfono y en consulta, a personas que estaban hospitalizadas por intento suicida. Se les daba psicoterapia breve y de emergencia y, en algunos casos, se les administraban medicamentos, una vez que el paciente era dado de alta continuaba en consulta externa. Además, de lunes a viernes, de 16:00 a 20:00 horas, los pacientes podían establecer comunicación telefónica en caso de crisis (Bustos, 1989).

Por otra parte, el Hospital La Raza (IMSS), en la sección de Cardiología, se implementó un sistema de comunicación telefónica entre pacientes con afecciones cardiovasculares, con el fin de que se tranquilizaran unos a otros en caso de presentarse alguna situación que les produjera estrés o los angustiara de tal manera que, incluso, les pudiera causar un paro cardíaco (Bustos, 1989).

La Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, A.C. (COVAC), es un organismo no gubernamental, conformado en 1984. Proporciona una ayuda directa, breve y de emergencia, en los aspectos emocionales y jurídicos a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual e intrafamiliar.

Pero, en México, puede considerarse que los antecedentes del servicio de intervención en crisis como tal, surgen a partir de los sismos ocurridos en la Ciudad de México los días 19 y 20 de septiembre de 1985, donde el Instituto Mexicano de Psicoanálisis, el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como la Asociación Psicoanalítica Mexicana y

la Secretaría de Salud, entre otros, brindaron atención psicológica a personas con problemas emocionales, tanto en consulta externa, como a través del teléfono.

En lo que respecta a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, 48 horas después de los sismos ocurridos, organizó brigadas que se dirigieron a hospitales,

albergues de damnificados y morgues, así mismo, abrió al público en general uno de sus Centros de Servicios Psicológicos. Este servicio proporcionó ayuda psicológica a personas con estados emocionales alterados y se tuvo la oportunidad de detectar las necesidades más apremiantes, con el objeto de precisar la intervención psicológica en situaciones de crisis. Se estableció en la propia Facultad un Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono durante las 24 horas del día con el propósito de proporcionar la ayuda de manera inmediata. Este servicio fue atendido por un grupo de psicoterapeutas en dos modalidades: a) Servicio Local (Facultad de Psicología) y b) Banco de Teléfonos de Consultorios y domicilios de psicoterapeutas (Sanchez-Sosa, 1987). Al mismo tiempo, el 23 de septiembre de ese mismo año, el Dr. Federico Puente propuso el Sistema de Apoyo por Teléfono (SAPTEL), coordinado por dicha Facultad y la Federación Mundial de la Salud Mental, cuyo objetivo fue dar atención psicológica y emocional durante situaciones de emergencia y crisis en forma temprana, oportuna y efectiva para la población del área metropolitana, el servicio se suspendió en diciembre de 1985 por falta de apoyo económico y surgió la necesidad de reestructurar el servicio. Posteriormente, de abril de 1986 a junio de 1987, se inició una segunda etapa de SAPTEL que desafortunadamente, el viernes 29 de julio de 1988, sin previo aviso, se suspendió el servicio por problemas administrativos. Finalmente, en octubre de 1992 se inició una tercera etapa de este servicio, ahora llamado SAPTEL, con un trabajo conjunto de la Cruz Roja Mexicana y el Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de la

Federación Mundial de Salud Mental dando servicio ininterrumpido las 24 horas del día los 365 días del año. (Gaitan, 1991)

El Teléfono de Información sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (TelSIDA), se estableció en 1987, por el Consejo Nacional Contra el SIDA (CONASIDA), este proporciona información y asesora con el objeto de prevenir el contagio de la enfermedad, apoyo emocional a personas con VIH o SIDA y canalización a centros de atención a la persona contagiada, las 24 horas del día, por los 365 días del año.

Actualmente, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, dependiente del Poder Ejecutivo y Federal, es la encargada de apoyar la integración y consolidación del Sistema de Justicia y Seguridad Pública en el Distrito Federal, y cuentan para ello con servicios que proporcionan apoyo psicológico a víctimas de agresión sexual en las dieciocho Agencias Especializadas, cuatro de ellas, se encargan de delitos sexuales, en donde se presentan denuncias por violación, estupro, privación de libertad con propósitos sexuales, hostigamiento sexual o abuso sexual, proporcionando atención médica, psicológica, legal y social a las víctimas. También, ha creado centros en los que se ofrece un servicio de atención social a cualquier persona que necesite ayuda, atención, orientación o al presentar una queja. Estas instancias son:

- Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA), que ofrece a la comunidad servicios de especialización en la búsqueda y localización de menores extraviados, personas discapacitadas o de edad avanzada, así como de personas ausentes o que abandonaron el hogar y en donde se recibe orientación legal, atención del Ministerio Público, investigación policial, búsqueda interinstitucional y apoyo psicológico, así como un tratamiento por la crisis emocional provocada por el extravío o ausencia del familiar. Este centro atiende las 24 horas del día, los 365 días del año.

- **Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)**, que atiende los conflictos de índole familiar en los que esté presente la violencia física o psicológica, así como el maltrato sexual, a través de un servicio medicopsicológico, social y legal de tipo gratuito, de lunes a viernes, de las 9.00 a las 24.00 horas. Aquí se da información, orientación y apoyo emocional a víctimas de maltrato familiar por vía telefónica.

- **Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales**. Este centro proporciona apoyo integral a las personas que han sido agredidas sexualmente. Brinda atención psicoterapéutica a víctimas y a sus familiares. También, cuenta con un Servicio de Orientación y Apoyo por Teléfono para casos de agresión sexual (CETATEL), que funciona las 24 horas del día y los 365 días del año, otorgando orientación y apoyo psicológico así como orientación legal, y canalizaciones directas a instituciones del Sector Salud.

- **Centro de Atención Sociojurídica a Víctimas del Delito Violento (ADEVI)**. Da atención psicológica, legal, médica y social a víctimas de sucesos inesperados o eventos violentos, como pueden ser: homicidios imprudenciales, homicidio intencional, suicidio (pérdida de la vida que no constituye delito), robo a casa habitación, robo de auto, robo a transeuntes, lesiones intencionales y tentativa de suicidio. Brindan atención psicológica a las víctimas y sus familiares por las consecuencias de un posible estado de estrés postraumático, ocasionado por el evento violento. Siete son los psicólogos que se encargan de llevar a cabo esta labor y, si es necesario, se desplazan al lugar de los hechos, así como a los hospitales, cuando es requerida la hospitalización de la víctima. ADEVI tiene como meta principal restituir a la víctima y sus familiares, su situación moral y psicológica, procurando mediante la vía jurídica la reparación del daño sufrido.

Otras instancias que también proporcionan ayuda psicológica son:

- Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAVI), que es un programa creado en coordinación con la Procuraduría General de Justicia y la UNAM (Campus Iztacala), el cual da atención a las víctimas de otros delitos, en las áreas médico, social, legal y psicológica. Aquí se encargan de proporcionar apoyo emocional a personas víctimas de violencia sexual para que estas resuelvan la crisis provocada por el ataque, integrándolo a su estructura de vida y facilitar su disposición para enfrentar el futuro.

- Ser Humano, A.C., se crea el 25 de agosto de 1992. Inicialmente realiza actividades de atención a personas por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Posteriormente, al entablar estrecha relación de espacio con otra organización especializada en terapia grupal para personas desahuciadas por enfermedades crónico degenerativas, le ha permitido ampliar su campo de acción. Por lo que, actualmente, cuenta con un servicio especializado de atención a personas que enfrentan crisis no sólo relacionadas con SIDA, y muerte, sino también por enfermedades crónico degenerativas, así como otras problemáticas de tipo psicológico y educativo.

- Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS). Este es un programa de la Facultad de Psicología de la UNAM, destinado a prestar el servicio de intervención psicoterapéutica con un enfoque ecléctico a personas (hombres, mujeres, adolescentes y niños) que han sufrido una violación o son abusadas sexualmente en algún momento de su vida. Ofrece el servicio de canalización a las víctimas que requieran o deseen un servicio médico especializado, o de asesoría legal de la Procuraduría General de Justicia del D.F. Este programa proporciona información, orientación, canalización e

intervención en crisis vía telefónica de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas. El PAIVSAS contempla varias áreas de trabajo adicionales a la de servicio, éstas son:

1) Investigación, que, tiene como objetivo estudiar el fenómeno de la agresión sexual desde dos perspectivas:

a) La primera considera a la agresión sexual como un problema social, cuyas causas y repercusiones deben ser reconocidas, entendidas y explicadas

b) La segunda analiza y estudia los afectos y consecuencias físicas, psicológicas y emocionales en la vida de las personas abusadas

2) Docencia: Esta área contempla dos seminarios informativos a nivel básico y dirigidos a estudiantes de 8o. y 9o. semestres de la licenciatura en Psicología, en donde se imparten los siguientes temas: Violación y Abuso Sexual

También el PAIVSAS proyecta la formación y capacitación especializada de profesionales de la salud mental, en el área de la atención psicoterapéutica de personas que recientemente sufrieron violación o abuso sexual (víctimas), y de quienes la vivieron hace tiempo (sobrevivientes).

Además, se realiza trabajo de actualización y supervisión del personal del PAIVSAS.

- Apoyo Psicológico en Desastres (APSIDE) del Comité Nacional de Desastres de la Cruz Roja Mexicana. Fue creado en 1994, con el fin de atender a nivel psicológico a las víctimas de un desastre (sismos, actividad volcánica, inundaciones, conflictos armados internos del país, etc.) y también a voluntarios de la Cruz Roja Mexicana. Se entienden los tres momentos críticos del desastre: antes del desastre (por medio de spots publicitarios, trípticos, etc., con el objeto de reducir el impacto emocional de la población civil ante el suceso); durante el desastre (por medio

de la intervencion en crisis, en pequeños grupos y, si el caso lo amerita, en forma individual, cara a cara); y, por último, despues del desastre (haciendo un seguimiento, y si es necesario, canaliza ante las victimas a alguna institucion de salud mental). Este programa esta conformado por un grupo de psicologos voluntarios de diferentes universidades de la Ciudad de Mexico, respaldados por psicoterapeutas de la Sociedad Psicoanalitica Mexicana, y profesores de la Universidad Nacional Autonoma de Mexico (Facultad de Psicologia, Facultad de Estudios Superiores-FES, Campus Iztacala y Campus Zaragoza e Instituto de Geofisica), de la Universidad Autonoma Metropolitana (UAM) del Instituto Nacional de Antropologia e Historia (INAH), entre otras instituciones. Por ultimo, para elevar la calidad del servicio que ofrece APSIDE se establecio un convenio entre la Cruz Roja Mexicana y la Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Campus Iztacala, por medio del cual se desarrollo un diplomado, orientado a la atención en caso de desastres a diferentes grupos sociales y se espera que sean un total de tres diplomados para que al finalizar se pueda otorgar una especialidad Apoyo Psicologico en Desastres (APSIDE), señala que existe un convenio de colaboracion entre la Cruz Roja Mexicana y la Secretaria de Gobernación a traves de proteccion civil, para intervenir en la atención psicologica a victimas de desastre.

- Centro de Atención a la Mujer (CAM) de la Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Campus Iztacala también proporciona atención médica, legal, social y psicologica a personas que sufren agresion física, psicologica, sexual dentro de su familia. Este servicio de intervencion en crisis a victimas y supervivientes de violencia intrafamiliar tiene la finalidad de ayudar a la victima a estructurar una nueva vida para facilitar su disposicion para enfrentar el futuro.

- Programa de Atención al Adolescente "De Joven a Joven" inicia su operación en noviembre de 1994. Este programa depende del Sistema del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y tiene como objetivo promover el bienestar, el desarrollo integral del adolescente y los estilos de vida sanos, ofreciendo telefónicamente los servicios de información, asesoría, intervención en crisis y remisión a instituciones especializadas.

- Servicio de orientación en Salud (S.O.S) es creado a instancias de la Dirección Generales de Servicios Médicos (D.G.S.M), con el objeto de brindar a la comunidad universitaria un sistema que permita obtener los medios para desarrollar al máximo su bienestar físico, mental y social a través de acciones preventivas o de atención personal en aspectos de salud mental, salud sexual y reproductiva, uso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, uso de tiempo libre entre otros. Emerge ante la necesidad de atención por la población universitaria que enfrenta condiciones que le colocan en estado de crisis y que requieren atención inmediata y de calidad, con el objeto de superar la problemática del paciente y colocarlo en condiciones más favorables en el desarrollo de sus actividades.

- NiñoTel, es un programa que surge dentro de una evidente implementación de acciones, tendientes a mejorar las circunstancias bajo las cuales vive la niñez mexicana en la que participan instituciones gubernamentales y no gubernamentales, buscando disminuir el maltrato a menores. Es así como el Departamento del Distrito Federal a través de LOCATEL, ha implementado este programa denominado NiñoTel que busca atender a la niñez víctima de abuso o maltrato. Este programa inicia su operación en mayo de 1996. Los servicios que se prestan son: a) apoyo y asesoría psicológica vía telefónica, b) recepción de denuncias y su respectiva canalización a instituciones pertinentes, y c) proporciona principios básicos de autocuidado.

Estas son algunas de las tantas instituciones de México que contemplan dentro de sus servicios, la intervención en crisis para personas que viven sucesos inesperados y que les provocan crisis emocionales. Por lo tanto, la intervención en crisis desempeña un importante papel dentro de los programas de salud mental, de nuestro país y del mundo

2.- DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Con base en las definiciones de crisis mencionadas en el capítulo 1, se puede mencionar que, la crisis es una experiencia que esta en todos los seres humanos, de aquí que se considere que la intervención en las crisis sea un excelente ejemplo de prevención primaria, puesto que si la persona resuelve una crisis de manera satisfactoria, tendrá mejores posibilidades de solucionar adecuadamente las crisis futuras (Gomez del Campo, 1994).

Aguilera y Messick (1976) consideran que la intervención en crisis es la resolución psicológica inmediata del individuo y el restablecimiento del nivel de funcionamiento que existía antes de la crisis

Slaikou (1993) define la intervención en crisis como un proceso de ayuda, dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore, y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente.

Según Campanini (1963), la intervención en crisis es un modelo que tiene límites por cuanto puede ser utilizado, con sus máximas posibilidades, en el momento en que la crisis está en curso. Pasada la crisis y reconstruido el equilibrio, será difícil trabajar para desmantelarlo y para corregir determinadas actitudes y conductas inadecuadas que generan sufrimiento y tensión

3.- CATEGORIAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Para Jakobson y colaboradores (citado por Aguilera y Messick, 1976) la intervención en crisis se puede dividir en dos categorías principales que pueden describirse como: individual y genérico.

3.1.- Enfoque individual

Este enfoque difiere del genérico en su énfasis en la evaluación realizada por el profesional de la salud mental. Se emplea en algunos casos en los cuales la persona en crisis no responde al enfoque genérico. La intervención se planea para encontrar las necesidades específicas de la persona que se encuentra en crisis y alcanzar una solución a su situación particular.

Se interesa poco en el pasado evolutivo del individuo y sólo es importante en la medida en que proporciona claves para una mejor comprensión de la situación de crisis presente. Se insiste en las causas inmediatas de la alteración del equilibrio y en los procesos necesarios para la recuperación de este. Jakobson, citado por Aguilera y Messick (1976), señala la inclusión de la familia u otras personas importantes en el proceso de resolución de las crisis.

3.2.- Enfoque genérico

El principio básico de este enfoque es que existen ciertos patrones de conductas reconocibles en la mayoría de las crisis. Así, por ejemplo, los estudios de Lindemann (1944) sobre la privación encontraron que existe un proceso bien definido por el que pasa la persona al adaptarse a la muerte de un pariente; llama a estas fases sucesivas de "Desarrollo del Duelo".

Lindemann encontró que el fracaso de una persona en la elaboración adecuada del duelo o en completar el proceso de privación podía conducirla, potencialmente a una futura enfermedad emocional.

El punto de vista genérico se centra en el curso característico de clase particular de crisis.

El plan de tratamiento se encamina a una resolución adaptativa de la crisis. Se idean medidas específicas de intervención que resulten eficaces para todos los miembros de un grupo dado y no tanto a las diferencias individuales de una sola persona. Detectar estos patrones de reconocimiento constituye un aspecto importante de la salud mental preventiva. Para este enfoque la intervención en crisis incluye "un estímulo directo para el comportamiento adaptativo, apoyo general, manipulación del ambiente y orientación participatoria", encontrándose, así, una manera factible de intervención que puede ser aprendida por médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, etc., que no requieran un dominio de conocimientos de los procesos intrapsíquicos interpersonales de un individuo en crisis.

Para Slatkeu (1993), también existen dos fases de intervención en crisis.

3.3.- Intervención en crisis de primer orden

Esta fase, también llamada "primera ayuda psicológica", implica la ayuda inmediata y casi siempre toma sólo una sesión. Esta proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Además, pueden y deben brindarla las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina la crisis. Se puede enseñar a los padres a brindar la primera ayuda psicológica a sus hijos, de la misma forma en que se les enseña qué hacer en casos de urgencia. Para este autor, la policía también puede proporcionar la primera ayuda psicológica cuando interviene en riñas domésticas.

La primera ayuda psicológica es una intervención breve que puede brindarse en cualquier lugar y abarca desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis. Siguiendo la tradición clínica en el trabajo de crisis, sus objetivos son limitados. El enfrentamiento inmediato es el enfoque principal (pasar el día/noche, planear lo mejor de la próxima etapa). En la práctica, esto se subdivide en tres subobjetivos:

1) Proporcionar apoyo: Uno de los aspectos de la intervención en crisis, es dar apoyo y ayuda a la gente cuando la presión está al máximo. Significa permitir que la gente hable, brindando cordialidad y preocupación, proporcionando un ambiente en que puedan expresarse la angustia y la cólera. También significa renovar fuerzas para la gente que está consciente sólo de su propia debilidad durante su crisis. Es mejor para la persona no estar sola al soportar preocupaciones agobiantes.

2) Reducir la mortalidad: Se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis (maltrato a un hijo o cónyuge, homicidio o suicidio). Con base en la anterior, se toman medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación. Esto puede ser, confiscar armas, disponer de contacto con un amigo de confianza durante varias horas, platicar con la persona de la situación estresante o, en algunos casos, iniciar la hospitalización de urgencia.

3) Canalizar a recursos de ayuda: En vez de tratar de resolver de inmediato el problema total, se debe identificar con precisión las necesidades críticas y luego realizar una canalización apropiada a alguna persona asistente o institución. Es importante proporcionar un enlace adecuado de modo que la persona empiece a tomar medidas apropiadas hacia el enfrentamiento de la crisis (referir a la persona a un profesional de salud mental).

El primer contacto de ayuda psicológica se refiere a estos tres subobjetivos y no más: no se hace esfuerzo por solucionar la crisis psicológica. Slaikou (1993), manifiesta que, para llevar a cabo los subobjetivos de la primera ayuda psicológica son necesarios cinco componentes.

Los componentes de la primera ayuda psicológica son:

1. Hacer contacto psicológico. Se refiere a saber escuchar activamente, lo cual significa poder comprender desde la visión y perspectiva del individuo, incluyendo sus sentimientos y actitudes. Lo primordial para la persona en crisis es sentirse escuchada, aceptada, comprendida y apoyada, lo que conduce a la reducción de la intensidad de las emociones y a reconocer y legitimizar sentimientos de cólera, angustia, etcétera.

2. Examinar las dimensiones del problema. Se refiere a visualizar más allá de la simple presentación de crisis, estimando las dimensiones del problema. Esta estimación se realiza en el pasado, presente y futuro inmediatos. El pasado inmediato considera: el suceso que precipitó la crisis y cómo era el funcionamiento de la persona antes de la crisis en las siguientes modalidades: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva (CASIC). El presente inmediato considera: el funcionamiento de la personalidad (CASIC) durante la crisis, los recursos personales, los recursos sociales y el grado de mortalidad (suicidio u homicidio). Finalmente, el futuro inmediato considera las decisiones inmediatas que la persona en crisis debe tomar, considerando sus necesidades inmediatas y necesidades posteriores.

3. Explorar soluciones posibles. Este componente integra la búsqueda de alternativas posibles para solucionar las necesidades inmediatas y posteriores identificadas previamente. Aquí se exploran pros y contras de cada una de las soluciones. Es importante que la persona en crisis haga un esfuerzo por autoayudarse.

4. Ayudar a tomar decisiones concretas. Este componente de la primera ayuda psicológica ayuda a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis e implementar soluciones inmediatas para cubrir sus necesidades inmediatas.

5. Seguimiento. Es el último componente de la primera ayuda psicológica y es de gran importancia comprobar que la ayuda o la intervención han tenido resultados positivos constatando, de esta forma, que el paciente ha seguido llevando a cabo las decisiones y soluciones planeadas.

Estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico con una persona en crisis. Cada componente une habilidades y conductas que pueden aprenderse y medirse.

3.4.- Intervención en crisis de segundo orden.

La intervención en crisis de segundo orden, o también llamada "terapia en crisis", se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del equilibrio perdido y se dirige a la resolución de la crisis.

La resolución de la crisis significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos y obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.), de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida; el resultado deseado para el individuo es estar preparado y mejor dotado para enfrentar el futuro. La terapia en crisis busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en una causalidad psicológica del suceso de crisis, ya sea por la crisis del desarrollo (transición de madurez) o circunstancial (muerte inesperada de un ser querido, por ejemplo).

Como proceso terapéutico, la terapia en crisis es mejor comprendida como un proceso a corto más durante el que se restaurara el equilibrio después de la crisis. La terapia en crisis no solo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y entrenamiento. "Psicoterapeuta", es quizá la mejor categoría general bajo la que se incluye a psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud que tienen entrenamiento especial en terapia a corto plazo.

Sin embargo, la primera ayuda psicológica y la terapia en crisis difieren una de otra por la ubicación del servicio:

La primera ayuda psicológica puede proporcionarse en cualquier lugar y donde se encuentre el individuo (en la calle, estación de autobuses, en la oficina, en el hogar, etc.) y la terapia de crisis tiene los mismos requerimientos del espacio físico como cualquier otra forma de asesoría y psicoterapia (una habitación privada en el que el profesional de la salud mental, paciente y familia pueden trabajar una hora o más por sesión).

4.- EL MODELO TEÓRICO PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El enfoque sistémico brinda las consideraciones teóricas necesarias para describir las características de las crisis psicológicas partiendo de la base de la Teoría General de los Sistemas.

Un enfoque sistémico aborda no sólo el bienestar de los que resultan circunstancialmente detectados por haber solicitado ayuda, sino que también el de otras personas con respecto a las cuales ese individuo tiene alguna relación (familia, amigos, vecinos, etc.), reafirmando, así, que este enfoque sistémico contiene los elementos necesarios para la intervención en la resolución en las crisis psicológicas.

Por tanto, el modelo teórico para la intervención en crisis debe considerar cómo se desarrollan las crisis de la vida (del desarrollo y circunstanciales), al igual que consideran al individuo como un participante activo a diversos sistemas (familiar, laboral, religioso, etc.), un participante que a diario se compromete en interacciones transacciones con el ambiente.

Enmarcando así a las crisis, éstas se encuentran dentro de los sistemas de la vida social y no toman lugar en el vacío (Hill, 1958, citado por Slaikcu, 1993); por ejemplo, la crisis de un padre puede tener repercusiones en su familia, amigos y vecinos y, comúnmente, es el padre quien se remite para la asistencia psicológica.

Para explicar el enfoque sistémico es necesario recurrir a la Teoría General de los Sistemas, cuyo autor, Luwin Von Bertalanffy, en 1971, mencionó algunas propuestas interesantes para el estudio de las ciencias sociales. La elaboración del paradigma de la teoría general de sistemas facilitó pasar de un interés exclusivo del carácter individual a un enfoque de interacción. La iniciativa provino de la biología, de la cibernética y de la teoría de la información, y que éstas se comprenderían mejor en un modelo que considerara una causalidad circular y no lineal.

Exactamente esto es lo que contempla el paradigma "sistémico u organísmico", además de una diversidad de nuevos conceptos clave sobre la interrelación de los individuos con su contexto. Por ser un sistema vivo, existe en un intercambio continuo por el ambiente. Esta actividad del intercambio es el contexto dentro del cual se organiza. Las partes interdependientes de toda entidad viva estarían, en consecuencia, organizadas según pautas relacionales cuyo alcance es mayor y cuyo sentido es diferente de la mera adición de las partes. Cada sistema así organizado se caracteriza por determinadas reglas y rutinas operacionales, que definen la modalidad de la relación recíproca entre las partes subordinadas, y también la manera en que, a su vez, influyen sobre el diseño del sistema global.

Bertalanffy (1971) definió al sistema como "un conjunto de elementos que interactúan entre sí", presuponiendo, de este modo, la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio a través de la reversibilidad de la relación.

Los sistemas pueden ser de diferentes tipos. Se dice que es cerrado el sistema que no tiene relaciones con el ambiente, ni en la entrada ni en la salida, y abierto, el sistema que intercambia con el ambiente, la energía y la información, y se modifica sobre la base de estos intercambios.

El sistema abierto se adapta al estudio de los organismos vivientes, para los cuales el intercambio con el ambiente es un elemento esencial que determina su vitalidad, tanto en la posibilidad de reproducción y continuidad como en la de transformación. Los organismos vivientes pueden ser considerados sistemas cuyo principio organizador está constituido por la información.

La totalidad de un sistema promueve que cada una de sus partes está en una relación tal con las demás partes que lo constituyen, que todo cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás, y en el propio sistema. Esto equivale a decir que el sistema se comporta como inseparable y coherente, por lo que los factores no pueden variar individualmente sin considerar el todo. De esta forma, sistema no es igual a la suma de todas sus partes y esto traslada la atención al todo.

Bertalanffy (1971) aclara que:

"No es necesario estudiar las partes y los procesos en estado de aislamiento, sino que se busca resolver los problemas decisivos que se encuentran en la organización y en el orden que unifican esas partes y esos procesos, que resultan de la interacción dinámica de las partes, por

lo que es muy diferente cuando se la estudia dentro del todo que cuando se les estudia en estado de aislamiento".

De este modo, el discurso se amplía, abriéndose a la consideración no sólo de "esta totalidad integrada que es la conducta del organismo en la relación con su contexto de referencia", sino también considera que la persona es como un sistema conformado por varios subsistemas. Por lo que puede considerarse a una persona como un sistema, cuyo funcionamiento incluye cinco subsistemas: Conductual, Afectivo, Somatico, Interpersonal y Cognoscitivo (CASIC). La evaluación debe hacerse en cada área y determinar la respuesta única de las personas al suceso de crisis. El estado de crisis se caracterizara por una desorganización en uno o más de estos cinco subsistemas (Slaikeu, 1993).

Todos los sistemas de vida tienden a regresar a un estado de equilibrio o de homeostasis. Bajo este concepto de la Teoría General de Sistemas, las personas o las familias no pueden tolerar el trastorno y la desorganización por un período largo. La tendencia de los sistemas vivos a regresar a una estabilidad o restauración del equilibrio, es una manera más precisa de establecer la observación que la intensidad de la crisis tiende a moderar en cuatro o seis semanas (Caplan, 1985).

Los sistemas vivos se caracterizan por la equifinalidad o la capacidad de dos o más sistemas para lograr el mismo estado final, aunque bajo diferentes condiciones a través de rumbos distintos. Este principio se opone a la idea de una simple relación de "causa-efecto", que sugiere causalidad múltiple. La labor clínica en la intervención en crisis, entonces es la de identificar variables que conduzcan a una resolución en crisis adecuada, variables que corren naturalmente en el medio

(familias, iglesias, escuelas y semejantes), y aquellas que necesitarán introducirse formalmente durante la crisis misma, quizá por un consejero entrenado o terapeuta (Slaikeu, 1993).

Slaikeu (1993), resume la teoría de la crisis enmarcada, dentro de la estructura general de los sistemas, de la siguiente forma.

"Antes de un suceso en crisis, el individuo (persona-sistema), se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar social que esta alojado en un ambiente comunitario, que es parte de una cultura. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, enfermedad o lesión) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en terminos de cinco Subsistemas CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo): La reaccion del sujeto en cambio afecta a otros sistemas (familia, comunidad, etc.). En el sentido más inmediato el conyuge, hijos y amigos cercanos se involucran intimamente en la crisis, incluso vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad se afecta. En las semanas subsecuentes, el esfuerzo se dirigirá a restablecer el modo de afrontamiento y por último la resolución de la crisis. Sea a traves de terapia en crisis proporcionada (por un profesional de salud mental), o a traves de recursos sociales como familia, amigos y medio, finalmente ocurrirá el equilibrio ya sea para la salud o enfermedad. La resolución de todas las crisis

individuales, tendrá un efecto considerable sobre la salud total de su familia, vecinos, comunidad y sociedad en general”.

Como se observa la teoría en crisis, retoma los elementos de la Teoría General de los Sistemas para influir en los principios básicos de las crisis psicológicas y el cómo abordarlas en la intervención en crisis.

La estructura general de los sistemas en esta apartado, pretende tomar en cuenta un estudio de la relación de las variables durante las situaciones de crisis, de manera que puedan permitir su resolución.

CAPÍTULO 3
Intervención en Crisis
en 16 Hospitales de
la Ciudad de México

1.- LOS HOSPITALES EN LA CIUDAD DE MÉXICO

El concepto de intervención en crisis ha sido ampliamente explicado en los capítulos anteriores; ahora al hablar de los hospitales, y en particular de los hospitales de la Ciudad de México, es importante señalar que la Ley General de Salud (1989), que rige a los Estados Unidos Mexicanos, en su capítulo IV, concerniente a las disposiciones para la prestación de servicios de hospitales, en su artículo 69, define al hospital como todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Aunque también pueden tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y la investigación

Por otra parte, el artículo 70 de dicha Ley establece que los hospitales se clasificarán dependiendo de su grado de complejidad y poder de resolución en:

I. HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencia, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, en donde se dará atención de las diferentes especialidades. Además, deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como la información de personal para la salud e investigación científica.

II. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que prestan servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica

III. INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, formación y desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.

Sánchez (1989) menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS), resume la atención médica como un conjunto de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance de la población los recursos de diagnóstico precoz, de tratamiento oportuno, de rehabilitación, y de la observación consecuciente. Contribuye, así mismo a la educación y a la investigación indirecta o individualmente y colabora en la protección y fomento de la salud, dentro de programas coordinados y permanentes

La definición anterior sitúa a México en su realidad así como a otros países subdesarrollados, ya que la cobertura y calidad de la atención médica están, desde luego, en relación con el desarrollo general del país (Sánchez, 1989).

La inversión que se requiere para una atención médica adecuada es muy elevada por los altos costos de los locales, del equipo y de la preparación del personal. Sánchez (1989) señala que no es aconsejable invertir en exceso en la atención médica, descuidando los aspectos preventivos de las enfermedades, sino que lo esencial es buscar el equilibrio que impulse programas de fomento y protección de la salud en armonía con la restauración y rehabilitación.

En la actualidad, ha tomado auge la atención médica por niveles o lo que anteriormente se denominaba la regionalización escalonada de los servicios. Los niveles de atención son:

a) Primer nivel de atención. Este se refiere al primer contacto de la población con los servicios de salud, que disponen de recursos limitados, pero que se estima pueden resolver hasta un 85% de los problemas médicos comunes.

Este primer nivel tiene, básicamente, el carácter promocional, educativo, de protección específica y de atención a enfermos que requieren una medicina simplificada. Incluye vigilancia epidemiológica, detección oportuna de enfermedades crónicas, planificación familiar, control de embarazo y apoyo al control sanitario, así como la vigilancia del ambiente, promoción de saneamiento, capacitación de la población al cuidado de la salud, además de referir al paciente al segundo o tercer nivel, según se requiera.

b) Segundo nivel. Aquí se atienden los problemas que no se resuelven en el primer nivel; cuenta con mayores recursos diagnósticos y terapéuticos para padecimientos que son no muy complejos y que pueden requerir hospitalización. Cuenta con las especialidades de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna; se considera que resuelve un 12% de la patología.

c) Tercer nivel. Este nivel comprende los hospitales e instituciones que tienen recursos sofisticados para la atención de casos complejos que no se resuelven en el segundo nivel (3%) y cuenta con superespecialidades; además, se realizan importantes labores de docencia e investigación, independientes a la atención médica, así como a todo lo relacionado con el cuidado de la salud en general; debe satisfacer los siguientes requisitos: igualdad, oportunidad, integridad, accesibilidad y calidad.

La igualdad consiste en poder proporcionar los servicios médicos a todos los habitantes por igual, sin importar la edad, el sexo, la ocupación o el credo, la oportunidad, se refiere a que se preste la atención médica en el momento oportuno, la integridad comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, la accesibilidad es que esté al alcance de todos los habitantes de las áreas urbanas, suburbanas y rurales, y la calidad se refiere a que se proporcione de acuerdo con el estado actual de los adelantos científicos (Sánchez, 1989)

En México, la atención médica se proporciona a través de los siguientes sistemas: seguridad social, asistencia social y atención privada. Dentro de la atención privada hay que incluir la medicina tradicional, o más ampliamente las medicinas paralelas, a las que acude un porcentaje significativo de la población, sobre todo en el medio rural

El sistema de seguridad social incluye la atención médica como una de las principales prestaciones de sus agremiados, y en los últimos años se ha ido incrementando significativamente. Mediante este sistema de seguridad social tienen atención médica los obreros y empleados, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los empleados del Gobierno Federal, mediante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los miembros del Ejército y la Armada, a través de los servicios médicos específicos de las Secretarías correspondientes.

Entre los servicios médicos asistenciales destacan los que proporcionan la Secretaría de Salud Pública que no tiene acceso a la seguridad social, ni a la atención privada.

Otro servicio asistencial es el que presta el Departamento del Distrito Federal (DDF), que se encuentra en el Distrito Federal, y que tiene núcleos asistenciales en algunos estados y municipios del país. Además, hay diversas organizaciones que proporcionan atención médica como clubes de servicios, partidos políticos, instituciones religiosas, etcétera. Hay otros

organismos descentralizados que tienen servicios médicos propios como Petróleos Mexicanos. También existen sistemas por contrato con instituciones privadas, como el servicio médico que se presta a los empleados bancarios.

En resumen, puede afirmarse que la atención médica tiene diversidad de sistemas, pero el mayor problema es que, no obstante la multiplicidad de servicios, estos no satisfacen las necesidades de la población, debido en parte a la falta de integración de los tres niveles de atención, a la limitación de recursos y a la falta de coordinación entre los diversos sistemas mencionados.

Además, cabe señalar que existe un gran número de problemas que requieren de atención inmediata y que por los precarios recursos no se pueden resolver, sobre todo en lo tocante al área de la psicología. Al respecto, y con el fin de recopilar datos importantes para el desarrollo de este trabajo, es decir, obtener información sobre los servicios de Psicología en 16 hospitales de la Ciudad de México, se realizaron visitas y se llevaron a cabo entrevistas formales aplicando para el caso un cuestionario tipo encuesta (ver Anexo I), con el objetivo de recabar información sobre los servicios que ofrece el Departamento de Psicología de los hospitales más representativos de los tres grandes sistemas de atención médica de la Ciudad de México (seguridad social, asistencia social y atención privada), así como el tipo de ayuda psicológica que brindan los hospitales no sólo a los usuarios, sino también al personal que trabaja dentro de ellos.

Entre los meses de marzo y junio de 1996, se visitaron los departamentos de Psicología o Psiquiatría de los siguientes hospitales:

3.1.- Hospitales de Seguridad Social

- Hospital Dario Fernandez del ISSSTE. Se encuentra ubicado en Avenida Revolución, Número 1182, Colonia Mixcoac. Este hospital es de segundo y tercer nivel, no cuenta con servicios de Psicología. La información obtenida fue proporcionada por la persona responsable del área de informes del hospital, mencionando que hace aproximadamente seis meses se jubiló el psicólogo que se encontraba laborando en consulta externa. Por lo tanto, actualmente, no se brinda el servicio de Psicología, se desconoce el manejo terapéutico que se realizaba con los pacientes y los familiares que ingresaban al hospital.

- Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE. Se encuentra ubicado en Avenida Coyoacan y Félix Cuevas, en la Colonia Del Valle. Hospital de tercer nivel, que cuenta con el Departamento de Psiquiatría, siendo el jefe de este el Dr. Valencia. El departamento cuenta con el servicio de interconsulta, no se proporciona la intervención en crisis psicológica en las salas de urgencias, pero se brinda apoyo psicológico por medio de la psiquiatría de enlace. El requisito para recibir la ayuda es que el paciente que ingrese al hospital la necesite y solicite. Las acciones de dicho programa son el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación psiquiátrica; ésta se proporciona por medio de la terapia individual, grupal y farmacológica, dependiendo de los requerimientos de cada caso. Los trastornos más frecuentemente observados son las depresión, reacciones neuróticas, trastornos de adaptación, trastornos de la infancia y adolescencia. La técnica para abordar cada situación depende de la orientación terapéutica del profesional de la salud mental. El Departamento de Psiquiatría está integrado por dieciséis profesionales entre psicólogos y psiquiatras.

- Hospital de Cardiología, perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Está ubicado entre las avenidas Cuauhtémoc y Eje Central, en la colonia Doctores. Este hospital

es de tercer nivel y no cuenta con Departamento de Psicología o Psiquiatría. Esta información fue proporcionada por el personal responsable del área de informes del hospital

- Hospital de Especialidades, que forma parte del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Se halla ubicado entre las avenidas Cuauhtemoc y Eje Central, en la Colonia Doctores. Este hospital de tercer nivel, cuenta con el Departamento de Psicología y Psiquiatría. No se logró la entrevista, pero se pudo observar que la atención es brindada a pacientes derechohabientes del IMSS, por medio, de la consulta externa.

- Hospital de Pediatría, pertenece al Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Ubicado entre las avenidas Cuauhtemoc y Eje Central, en la Colonia Doctores. Es un hospital de tercer nivel, cuenta con el Departamento de Salud Mental, donde el jefe del departamento informó que el hospital da atención a pacientes derechohabientes menores de edad (desde recién nacidos hasta los 17 años), con enfermedades crónicas. Para recibir ayuda psicológica o psiquiátrica, el paciente requiere estar hospitalizado. La atención es a pacientes y familiares. Sus lineamientos de trabajo van de acuerdo a la Psiquiatría de Enlace, teniendo como objetivo realizar una evaluación integral psicosocial y psicológica, a través del equipo multidisciplinario. La respuesta de los pacientes, familiares y del personal médico es positiva, rebasando así la capacidad de respuesta del servicio de Salud Mental, incluido desde la fundación del hospital, en el año de 1963. El Departamento de Salud Mental cuenta con tres psiquiatras, cinco psicólogos y dos trabajadoras sociales psiquiátricas, realizando la intervención psicológica de acuerdo a su orientación (enfoque sistémico, terapia familiar, conductual y psicoanalítica), Trabajando en equipo, con objetivos comunes. Existen en tratamiento dos grupos de adolescentes que en su mayoría han presentado intentos suicidas. Se da apoyo emocional mediante dinámicas grupales.

- Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Este hospital se encuentra ubicado entre las avenidas Cuauhtemoc y Eje Central, en la Colonia Doctores. Hospital de tercer nivel, que atiende a pacientes con cáncer, de los 16 años en adelante, que provienen de distintas partes de la República. Existe el Departamento de Psiquiatría, donde laboran un psiquiatra y la psicóloga Gloria Martínez, quien informó que existe el apoyo emocional desde la preconsulta, cuyo objetivo es reducir la ansiedad de los pacientes y familiares que tienen conocimiento del diagnóstico; o bien, los que ya están internados.

Si es necesario se canalizan con el psiquiatra para el reestablecimiento del equilibrio emocional. La respuesta obtenida por los pacientes, familiares y personal médico es satisfactoria, pero falta mucho por hacer. Existen tres grupos de autoayuda con pacientes con cáncer.

- Hospital General Centro Médico La Raza del IMSS, ubicado en calzada Vallejo y Jacarandas, en la Colonia La Raza. Hospital de tercer nivel, la atención a pacientes terminales y con padecimientos temporales, tanto a niños, adolescentes y adultos derechohabientes. La atención psicológica es proporcionada cuando el paciente acude a solicitarla o cuando el médico refiere al paciente, ya sea por no cumplir con el tratamiento médico o por la relación médico-paciente. La intervención en crisis se proporciona cuando es solicitada, pero no existe un programa establecido de intervención en crisis. Generalmente, se atiende en consulta externa a pacientes con problemas de aprendizaje y de conducta (como enuresis). Los pacientes con frecuencia desertan del tratamiento psicológico, por lo tanto lo funcional ha sido la psicoterapia breve; la psicoterapia prolongada y la terapia de grupo no han tenido los resultados esperados. La información fue proporcionada por el jefe del Departamento de Higiene Mental, en donde se cuenta con tres psicólogos y siete psiquiatras; cada uno realiza la intervención de acuerdo a su orientación psicológica.

-Hospital Tacuba del ISSSTE. Este hospital se ubica al poniente de la Ciudad de México, en Lago Ontario No. 119, esquina Golfo San Lázaro, en la Colonia Anáhuac. El hospital de tercer nivel no cuenta con el Departamento de Psicología. Existe un médico psiquiatra por las tardes que atiende por medio de la consulta externa, y a casos psiquiátricos que ocasionalmente se presentan en el servicio de urgencias. Este especialista canaliza a los pacientes al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La información fue proporcionada por el Jefe de Enseñanza del hospital, el Doctor Jaime Madariaga.

3.2.- Hospitales de Asistencia Social.

- Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud. Hospital de tercer nivel, que se ubica en Av. Insurgentes Sur No. 3700, colonia Insurgentes Cuicuilco. Este hospital, cuenta con el Departamento de Psicología y Psiquiatría Infantil, da atención psicológica a los pacientes hospitalizados y a sus familiares, sin importar el motivo de internamiento, dado que atiende enfermedades de alta especialidad, enfermedades crónicas y de urgencias.

No cuenta con un programa formal de intervención en crisis, el apoyo emocional se proporciona a los pacientes y a los familiares en el momento en que ellos lo requieren, basado en el Modelo Teórico de Intervención de Crisis de Slavkin y la Psiquiatría de Enlace. Existen grupos de autoayuda para padres de pacientes oncológicos, diabéticos y con daño orgánico. Actualmente, se trabaja en la sensibilización con el área médica sobre la importancia de los aspectos emocionales de los pacientes ante la hospitalización. La información fue proporcionada por el jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría Infantil, el Dr. Oscar Sánchez Guerrero; el departamento cuenta con ocho psicólogos y tres psiquiatras.

- Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran" de la Secretaría de Salud. Se ubica en Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Tlalpan. Es un hospital de tercer nivel, que atiende a enfermos con padecimientos crónicos y terminales (artritis, lupus, VIH y otros). El jefe del Departamento de Medicina Psicológica, es la psicóloga Adriana Villadoms Portugal, quien informó que se proporciona la intervención psicológica si el área médica lo requiere. Sus intervenciones van de acuerdo a los lineamientos de la Psiquiatría del Enlace, en donde se retoma la intervención en crisis. La intervención psicológica se da tanto a los pacientes como a los familiares. Los fenómenos psicológicos más observados son: depresión mayor o de ajuste a diagnósticos fatales, ansiedad, angustia o problemas de personalidad. También si se solicita se da intervención en crisis a enfermeras y médicos. El departamento está integrado por seis psicólogos y doce psiquiatras.

- Hospital Pediátrico de Tacubaya, pertenece a los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF). Se ubica en Carlos Lazo y Gaviota, Colonia Tacubaya. Hospital de segundo y tercer nivel, que lleva a cabo la intervención en crisis de primer orden propuesta por Slaikou (1993), la cual comprende la primera ayuda psicológica que puede ser brindada por el sistema hospitalario (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales). Este trabajo se realiza con niños quemados y sus familiares, de manera conjunta con la Universidad Iberoamericana (desde 1991), institución que capta a estudiantes de Psicología que realizan la intervención en crisis a manera de prácticas profesionales.

La forma como se lleva a cabo la intervención en crisis es la siguiente:

a) Trabajo grupal con niños que pueden caminar y movilizarse, cuyos objetivos son la expresión de sentimientos, destrezas de socialización, manejo de dolor y la ansiedad, manejo de autoimagen y autoestima, así como la comprensión de su situación.

b) Trabajo con los padres, que se realiza a dos niveles: individual y grupal. Los objetivos de la intervención son exteriorizar los sentimientos de ansiedad, culpabilidad, etc., para que puedan ayudar al niño durante el proceso de adaptación y que ellos mismos puedan adaptarse a la nueva realidad y tener las herramientas necesarias para enfrentarse a ella.

c) Trabajo con el personal hospitalario, cuyo objetivo es permitir un espacio en donde puedan expresar lo que el trabajo (atención a niños quemados) les produce a nivel afectivo-emocional (Fiorentini, 1994).

- Hospital Pediátrico Xochimilco, pertenece a los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF) y que se ubica en Juárez No 2, Colonia San Juan Xochimilco. Hospital de segundo y tercer nivel que atiende a niños quemados desde los seis meses hasta los quince años de edad. La intervención psicológica es proporcionada tanto a pacientes como a los familiares en consulta interna y externa. El Departamento de Psicología no cuenta con un programa formal de intervención en crisis psicológicas, pero se brinda apoyo emocional, dependiendo de la orientación psicológica de cada profesional; el grupo de profesionales está integrado por un psiquiatra, una psicóloga, dos trabajadoras sociales y siete psicólogas voluntarias. La intervención se realiza en tres momentos:

1.- Al ingresar el paciente al hospital. El trabajo del psicólogo se enfoca a disminuir la angustia de los pacientes como de los familiares.

2.- Durante la estancia del paciente en el hospital la intervención psicológica se basa en técnicas de relajación durante el baño y las curaciones del paciente.

3.- Al salir el paciente del hospital, la intervención psicológica se continúa seis meses más, en pacientes y familiares.

El psiquiatra es el encargado del trabajo con la familia del paciente. Los problemas a los que se enfrenta el personal de salud mental es la deserción de los padres de familia en un cuarenta por ciento y la descalificación de la intervención psicológica por parte del personal médico.

3.3.- Hospitales de Atención Privada

- Hospital Angeles del Pedregal. Hospital privado de tercer nivel, ubicado en Camino a Santa Teresa No. 1055, en la Colonia Heroes de Padierna. El área de informes de este hospital desconoce si existe el departamento de Psicología o Psiquiatría; sólo indicaron que posiblemente el Departamento de Enseñanza tendría más informes precisos. La encargada del Departamento de Enseñanza, María del Carmen Barrantes, menciona que desconoce la existencia del área de Psicología, aunque refiere que existen consultorios de Psicología dentro del hospital que atienden a través de la consulta externa, no hay información de algún otro servicio de Psicología que se proporcione en pisos y urgencias. Cabe señalar que se desconoce cómo funciona el servicio de Psicología, por otro lado, son inaccesibles para dar información sobre el trabajo que se realiza.

- Hospital Español de la Sociedad de Beneficiencia Española, hospital privado de tercer nivel, ubicado en Av. Ejército Nacional No. 613. La información de la existencia de un Departamento de Psicología se desconoce y sólo el área de informes mencionó que existe un psiquiatra en la sala 9 del hospital en donde se atiende a pacientes psiquiátricos ancianos. La pasante de Psicología, Elena Antón, notificó que los psicólogos que trabajan en esta sala se dedican a la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas ya que los psiquiatras son los que se encargan de la terapia con los pacientes; se ignora completamente el trabajo que realizan los

psiquiatras. Es importante señalar la falta de disposición para proporcionar información sobre el trabajo de Psicología que se realiza en este hospital

- Hospital Mexico. Es un hospital privado de tercer nivel, ubicado en Agrarismo No. 208, Colonia Escandon. Hospital que cuenta con el Departamento de Psicología Integral. No se pudo obtener ningún tipo de información del servicio.

- Hospital Médica Sur (Fundación Clínica). Hospital de tercer nivel que se ubica en Puente de Piedra No. 150, en la Colonia Tornello Guerra. La información obtenida fue proporcionada por las personas responsables del área de informes, quienes mencionaron que no existe un Departamento de Psicología o Psiquiatría y que el servicio de Psicología solo se realiza a través de la consulta externa, por medio de citas. Se pudo observar que el hospital cuenta con una plantilla de psicólogos considerable, teniendo Psicología especializada en Clínica, Psicoanálisis, Psicología Infantil, etc. En el servicio de urgencias cuando se requiere de algún psicólogo por alguna emergencia, ya sea por parte del paciente o familiares, se hace a través de la interconsulta.

Como puede observarse, a través de las entrevistas y las encuestas realizadas en estos hospitales de la Ciudad de México, resulta evidente la necesidad de establecer opciones que integren los servicios médicos y psicológicos, ya que en la mayoría de los hospitales encuestados no existe el servicio de Psicología como parte del o los servicios que prestan, y en los casos que se brinda este tipo de atención, no existen lineamientos sistematizados, organizados y estructurados en programas o manuales de intervención en crisis emocional.

Fiorentini (1994) afirma lo siguiente: "Son pocas las investigaciones realizadas en México en el área médico-hospitalaria hasta la fecha. Es mucho lo que se puede aportar a esta

población que está básicamente desatendida a nivel de servicios psicológicos y de prevención de salud”.

De lo anterior, se desprende que la labor del psicólogo es la concientización de las instituciones y del personal hospitalario y todo lo relacionado con el cuidado de la salud mental sobre la importancia del manejo de aspectos psicológicos dentro de la práctica médica. De esta forma, el psicólogo podrá aplicar sus conocimientos, enseñando y sensibilizando al resto de los miembros del equipo sobre la importancia que tiene el tomar en cuenta al paciente y a sus familiares como seres humanos que piensan y sienten, así como las repercusiones que, a nivel emocional, puede llegar a tener una intervención adecuada en este tipo de personas afectados por una crisis.

CAPÍTULO 4
Propuesta de un taller de
Sensibilización y una Guía.

1.- ¿LAS CRISIS EMOCIONALES SON UN PROBLEMA DE SALUD?

La enfermedad, la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas son experiencias estresantes con un significativo impacto emocional y psicológico en el paciente y sus familiares. En estas situaciones de emergencia en las que puede encontrarse una persona, los profesionales de la salud que los atienden muestran una gran preocupación por el bienestar a nivel físico, pero rara vez se toman en cuenta las necesidades de tipo emocional (Gomez del Campo, 1994), tal es el caso de la intervención médica en los hospitales. En relación a este tipo de crisis, tanto los médicos como las enfermeras y otros miembros de los equipos encargados de la salud (Trabajadoras sociales, terapeutas físicos y del lenguaje, personal administrativo, asistentes médicos, etc.), tienen una gran influencia sobre la manera en que los pacientes y familiares resuelven la crisis ocasionada por la hospitalización. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, son las enfermeras o el médico los que informan primero al paciente o a los familiares sobre la existencia y el rango de complicaciones de la enfermedad o lesión. Es en este momento en el que se debe ofrecer la primera ayuda psicológica y realizar intervenciones importantes, pero la capacidad de los hospitales para el servicio psicológico y de intervención en crisis emocional es mínima, ya que tanto el personal como el poco espacio existente en los hospitales, en la mayoría de las ocasiones, sólo permite la atención médica. Por consiguiente, el personal puede llegar a excluir o evitar, quizá a veces intencionalmente, al paciente o al familiar enojado, crítico, demandante o que llora.

Por todo lo referido, el personal hospitalario deberá familiarizarse con la forma en que una enfermedad física o lesión puede precipitar una crisis emocional; esto en virtud de su contacto inmediato y prolongado con los pacientes y familiares; necesita informarse de los

procedimientos de la primera ayuda psicológica como pauta para el tratamiento médico y posible referencia de los pacientes en crisis (Slaikeu, 1993).

Para este tipo de situaciones será labor del psicólogo concientizar a las instituciones y al personal hospitalario respecto a la importancia que reviste a nivel de salud el manejo de aspectos psicológicos dentro de la práctica médica. De igual forma, aplicará sus conocimientos enseñando y sensibilizando al resto de los miembros del equipo, sobre la importancia que tiene el tomar en cuenta al paciente y a sus familiares como seres humanos que piensan y sienten, así las repercusiones que, a nivel emocional, pueden llegar a tener una intervención adecuada en este tipo de personas cuando están afectadas por una crisis emocional.

Con base en lo anterior, de marzo a junio de 1996, visitaron 16 hospitales de la Ciudad de México entrevistando a los responsables de los Departamentos de Psicología o Psiquiatría (cuando existían) y aplicándoles un cuestionario tipo encuesta, a través de lo cual se pudo detectar que:

- Es insuficiente el personal de Psicología o Psiquiatría para llevar la atención de las crisis emocionales tanto en pacientes como para familiares.
- La falta de espacios para la intervención psicológica dentro de los hospitales.
- En algunos hospitales el departamento de Psicología y Psiquiatría se dedica a la consulta externa.
- Son pocos los hospitales que cuentan con un programa estructurado y formal de intervención en crisis psicológica a nivel hospitalario y se aplica en casos extremos, (casos de pacientes con quemaduras, con intentos suicidas, con leucemia, con V.I.H., SIDA, cáncer, entre otros).

-Se abordan los estados de crisis en pacientes y familiares de acuerdo a la orientación psicológica del profesional de Salud Mental (enfoque psicoanalítico, conductual, sistémico, etc.), desde un punto de vista médico psiquiátrico y no meramente psicológico

-La intervención en crisis psicológica se realiza cuando las consecuencias de una crisis emocional se presentan notablemente (desmayos, llanto incontrolable, agresión, rechazo para tomar los medicamentos, depresión, etc.).

-Se sigue descalificando por parte del personal hospitalario el aspecto emocional en los pacientes y familiares sólo se da importancia al aspecto físico.

Ante estos resultados se hace evidente la necesidad de incluir una Propuesta de Prevención Primaria en Intervención en Crisis Hospitalaria, ya que dicha intervención se hace patente en las siguientes situaciones:

-En la comprensión de la situación presente (enfermedad, lesión, hospitalización, intervención quirúrgica y muerte) Manejo adecuado de todo el proceso por el que pasa el paciente y la familia, ante la hospitalización, y

-En la promoción de un adecuado desarrollo en las estrategias de enfrentamiento.

Por tal motivo, esta investigación documental se enfocará básicamente en la propuesta de un Taller de Sensibilización y una Guía (vease anexos 2 y 3) para el personal hospitalario sobre las crisis emocionales que vive el paciente y sus familiares ante las situaciones de crisis, considerando que son ellos los primeros

que con más frecuencia están en contacto con las crisis emocionales que viven los pacientes y sus familiares ante la hospitalización. Ellos pueden actuar a nivel preventivo y dar la primera ayuda psicológica. Es importante señalar que esta propuesta es parte de lo que podría ser el programa de Intervención en Crisis en Hospitales de la Ciudad de México, que podría disponerse de este estudio.

2.-JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

México es un país de grandes procesos de cambio social, resultante del desarrollo económico, la industrialización y la urbanización lo cual provoca profundos efectos sobre la estructura de las comunidades, sobre el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de los individuos.

El Distrito Federal, por sus características sociales, económicas, demográficas, ecológicas, etc., parece ser un punto vulnerable para provocar la aparición y desarrollo de padecimientos de tipo emocional (angustia, agresión, hostilidad, depresión, disminución en el funcionamiento general del individuo, etc.); si estos son atendidos en forma inmediata, (en el momento en que se presente la crisis), y adecuada, se pueden prevenir psicopatologías en el futuro (Gaitan, 1993).

Recientemente, se ha comenzado a prestar atención a situaciones de alteración psicológica y de la conducta, precipitadas por azares de la vida que implican la amenaza o pérdida repentina de los aportes básicos (como dinero, salud, comida, vivienda, transporte, etc.), o también debidas a las grandes exigencias asociadas con la oportunidad de obtener mayores aportes (tales como materiales personales y sociales). Estos periodos de alteración pueden

abarcar desde unos pocos días a algunas semanas y han sido llamados "crisis accidentales" (Caplan, 1985).

Estos momentos de crisis se manifiestan en aquellos individuos que, debido a su personalidad, a la experiencia previa y a otros factores de la situación presente, son especialmente vulnerables a esta tensión y de cuyos recursos emocionales se abusa más allá de lo ordinario (Aguilera y Messick, 1976).

Sánchez, Hernández y Martínez (1985), afirman que son tres los componentes psicológicos fundamentales que resultan afectados cuando el ser humano se encuentra en situaciones de desastre: a) El comportamiento directo y observable de la persona, es decir, todo lo que hace y dice, y que constituye su arsenal instrumental para modificar su ambiente; b) Sus percepciones y concepciones sobre lo que está ocurriendo, sus explicaciones tentativas, sus expectativas a futuro y sus pensamientos sobre las decisiones a tomar, y c) El mundo de sus emociones y sentimientos, sus reacciones hacia la sorpresa, la pérdida, el dolor y la emergencia.

Estos tres componentes generales son precisamente los que el ser humano usa para controlar su realidad, su persona, su futuro y, a veces, la huella de su historia.

Los estudios sobre intervención en crisis hospitalaria, realizados por Marun (1992), Declet y Alvarez (1994), Gómez del Campo (1994) y Fiorentini (1994), manifiestan la necesidad de establecer estrategias de intervención psicológica en hospitales, dado que las enfermedades físicas o lesiones son eventos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para enfrentarlos y adaptarse, pues son ellos, los primeros en enfrentarse a la crisis que ocasiona una hospitalización y lo que esta conlleva: bloqueo emocional, cólera, histeria, violencia física y depresión. Las conductas anteriores son algunas de las que frecuentemente pueden observarse dentro de la sala de urgencias de un hospital.

Por todo lo anterior, es importante que todo el personal que trabaja en los hospitales, desde recepcionistas hasta médicos, debe familiarizarse con la forma en que una enfermedad física, lesión u hospitalización, son eventos que pueden precipitar una crisis de la vida (Slaikeu, 1993).

3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.

Los objetivos de la presente investigación documental fueron los siguientes:

1.-Difundir la necesidad de un Propuesta de Intervención en Crisis en los Hospitales de la Ciudad de México, cuya finalidad sea la de disminuir la vulnerabilidad al trastorno mental de pacientes y familiares.

2.- Informar y proporcionar los elementos necesarios para la formación de profesionales con una alta calidad y calidez humana, capaces de facilitar en otras personas los procesos de enfrentamiento, superación y resolución de las crisis psicológicas.

3.- Concientizar y sensibilizar al personal hospitalario sobre las crisis emocionales que se presenten en los hospitales, a través de un Taller de Sensibilización.

4.- Elaborar una Guía dirigida a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal de apoyo de los hospitales, con el fin de intervenir adecuadamente en casos de crisis emocionales en pacientes y sus familiares, o canalizar a estos al Departamento de Psicología del Hospital.

4.-PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL TALLER Y LA GUÍA.

Para realizar la presente investigación se utilizó la metodología correspondiente a las investigaciones documentales. El primer paso a seguir fué la búsqueda de material bibliográfico

por lo cual se recurrió a libros, tesis y revistas especializadas que fueron consultados en bibliotecas y centros de documentación así como el banco de datos de la Facultad de Psicología, PsycLIT Database (1985-1994), Secob, CONACYT

Una vez recopilada la información se procedió a analizar y organizarla de acuerdo a los objetivos planteados en la tesis, esto se llevó a cabo a través de la técnica de análisis de contenido para así concluir con el planteamiento suficientemente sustentado. Para Pardini, citado por Maruri (1992):

“Esta técnica puede definirse como la clasificación de las diferentes partes de un escrito conforme a categorías determinadas por el investigador para extraer de ellos la información predominante a las tendencias manifestadas en estos documentos. El análisis de contenido ha sido usado tanto con fines descriptivos como con fines de comprobación de hipótesis, o sea de explicación y aun de predicción”.

El siguiente paso a seguir fue la elaboración de un cuestionario tipo encuesta sobre el servicio de psicología en diferentes hospitales de la Ciudad de México y en especial sobre el servicio de Intervención en Crisis en los mismos, así también en forma paralela al cuestionario se realizó una entrevista para corroborar datos y sustentar el proyecto de tesis sobre la importancia de un Taller de Sensibilización y una Guía en Intervención en Crisis para el personal hospitalario.

5.-ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENTREVISTA Y EL CUESTIONARIO

Los resultados obtenidos a partir del cuestionario (Anexo-1) y la entrevista efectuada en 16 hospitales de la Ciudad de México fueron los siguientes:

- La falta de programas en intervención en crisis en los hospitales que se visitarían.
- La insuficiencia del personal especializado en salud mental que proporcionen atención psicológica.
- La demanda en servicio de salud mental rebasa la capacidad de respuesta del hospital
- La falta de comprensión por parte del personal hospitalario hacia el aspecto emocional de los pacientes y sus familiares
- La intervención psicológica a pacientes y a familiares que se encuentran en hospitalización, es limitada.
- Algunos hospitales brindan el servicio de psicología o salud mental en consulta externa mediante la terapia breve
- Se brinda atención psicológica a pacientes y familiares que soliciten servicio y manifiesten ataques de llanto, depresión, ira, desmayos, etcétera, es decir, cuando esta presente una sintomatología que anuncia posible patología.
- No existe intervención en crisis en las salas de urgencias de los hospitales que se visitarían (de segundo y tercer nivel), y en ocasiones se proporciona si se solicita a través de la interconsulta.

6.-CONCLUSIONES Y DISCUSION

Dentro de los servicios de salud mental que demanda la poblacion de la Ciudad de Mexico, se encuentra el de la intervencion psicologica en los hospitales; esto en respuesta a los problemas ocasionados por los grandes cambios politicos, economicos y sociales, como son inseguridad social, la violencia fisica y psicologica, el desempleo, la pobreza, la marginación, los embarazos juveniles no deseados y los desastres naturales que azotan con frecuencia la Ciudad de Mexico (como son los terremotos, inundaciones, etc.) factores que pueden considerarse como intrinsecos o grandes urbes como lo es la Ciudad de Mexico, y que precipitan reacciones psicologicas negativas para conservar la salud de las personas.

Si ya el simple abordaje de intervenir adecuadamente en la crisis en la vida de las personas se ha considerado como un acierto para reducir la vulnerabilidad al trastorno mental, cuanto y más cuando se trata de sucesos imprevistos o previstos (como en algunas enfermedades, que desencadenan crisis emocionales de mas difícil manejo, justamente porque en la mayor parte de las veces pasan aparentemente desapercibidas. Este es el caso particular de la hospitalización, en donde no solamente es el paciente el que sufre el embate de la sorpresa y el choque emocional de verse en una situación completamente distinta a lo normal, sino tambien sus familiares entran a una dinámica de gran estrés e incertidumbre.

Retomando algunos aspectos importantes del area de la salud publica, la intervencion puede abordarse de las tres maneras distintas: La prevención primaria, dirigida a reducir la incidencia de trastornos; la prevención secundaria, que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos; y la prevención terciaria, que pretende reparar el daño hecho después de que el suceso original se ha presentado. En este contexto, la intervencion en crisis puede considerarse como parte de la prevención secundaria, ya que tiene lugar inmediatamente después del suceso

de crisis, teniendo como objetivo, por un lado, reducir el desequilibrio emocional y, por el otro, aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio para el individuo.

Las estrategias a seguir en la intervención en crisis son dos. La primera ayuda psicológica y la terapia en crisis

En esta revisión puede concluirse que la hospitalización es un suceso que desafía la integridad física y emocional del paciente y de su familia, por lo que resulta evidente la necesidad de proporcionar intervención en crisis en los hospitales de la Ciudad de México, ya que, generalmente, el esfuerzo sólo se orienta hacia la atención física del paciente, descuidando el aspecto emocional. Sin embargo, es un hecho que las restricciones de tiempo, recursos económicos, de personal y de espacio físico en la mayor parte de los hospitales hacen casi imposible esta labor. Además, la intervención en crisis en los hospitales aun no ha tenido el impacto que debería tener. Como se pudo constatar, se han realizado esfuerzos para lograrlo, sin embargo, en muy pocos hospitales existe un programa de intervención en crisis, y en estos los procedimientos que se llevan a cabo para brindar el apoyo psicológico se aborda de acuerdo a la orientación psicológica de los profesionales de la salud mental.

Por anterior, en esta revisión documental no se propone algún tipo de abordaje terapéutico específico para llevar a cabo la intervención en crisis, pero sí se resaltan los principios básicos que conllevan las crisis emocionales desde la perspectiva sistémica, haciendo énfasis en los componentes de la primera ayuda psicológica, que son fundamentales para restituir el equilibrio perdido después del evento precipitante.

Cabe señalar la importancia que reviste enfocar investigaciones y trabajos de intervención en crisis ante el impacto emocional que genera una hospitalización en pacientes y familiares, considerado como punto importante para la disminución de la probabilidad de un

trastorno emocional a nivel de prevención primaria, ya que, pudo detectarse que si la intervención en crisis que se proporciona a los pacientes es mínima, todavía es menor la intervención en crisis en los familiares de los pacientes. Los familiares, al igual que el paciente, sufren toda una mezcla de emociones, están sobrecargados y a expensas del abandono de otras obligaciones y responsabilidades, además del problema del futuro que se aproxima y otros dilemas. Por lo que los familiares también necesitan ayuda desde el momento mismo que su paciente ingresa al hospital hasta que sea dado de alta e incluso durante el tiempo que dure la rehabilitación física si esta es necesaria. Además, no puede perderse de vista que las reacciones de la familia contribuyen mucho en las respuestas que da el paciente y que dichas reacciones pueden ayudar a perjudicar su restablecimiento. Es decir, familia también debe atenderse por los profesionales de la salud mental.

Con base en estas consideraciones, resulta prioritario que todo el personal hospitalario, que es el que establece el contacto inmediato y a veces prolongado con los pacientes y sus familiares, se capacite en los procedimientos de la primera ayuda psicológica, esto puede lograrse mediante la impartición de talleres de intervención en crisis y la inclusión de guías a nivel de prevención primaria, que permitan mejorar el servicio para que se brinde con la calidad y calidez que se requiere.

Esta tesis documental es una propuesta y un punto de partida para futuras investigaciones, reforzando, así, la intervención en crisis en los hospitales de la Ciudad de México, con el propósito de prevenir a futuro posibles patologías que sólo acrecentarían los problemas de salud mental y, por ende, de la salud en general. Para ello, es conveniente que participen y hagan conciencia de esto las instituciones encargadas de la salud de la población, es decir, el sector salud, con la Secretaría de Salud al frente. Esta instancia es la encargada de darle la importancia

que merece a este aspecto de la salud de la población, pues resulta muy difícil concientizar a sectores más reducidos y menos involucrados en una visión más globalista del problema.

7.-LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al realizar la investigación documental se encontraron las siguientes limitaciones:

-La insuficiente existencia de bibliografía y trabajos de investigación realizados en intervención en crisis

-Aún más, es poco el trabajo realizado en salud mental desde el punto de vista de la prevención primaria

-Los trabajos realizados de intervención psicológica en el ambiente hospitalario son insuficientes por la falta de recursos humanos y materiales.

-En México, los trabajos realizados en este campo son mínimos

-En los últimos años, en México se le ha dado énfasis a la intervención en crisis vía telefónica, dejando de lado la intervención en crisis persona a persona.

-El poco conocimiento del profesional de salud mental de cómo se lleva a cabo la intervención en crisis propiamente dicha

-La poca o nula disposición de los encargados de las áreas de salud mental en los hospitales para brindar información

-La elaboración de la guía y taller se llevó a cabo desde un punto de vista teórico sin llevarlo a la práctica por falta de recursos humanos y materiales.

-El trámite administrativo no permitió la obtención de información en los hospitales que se visitaron.

-La ausencia de áreas de salud mental en algunos hospitales visitados.

Todas estas limitaciones conducen a sugerir que:

- Se brinde al personal del sistema hospitalario los elementos mínimos necesarios sobre las crisis emocionales en los pacientes y familiares, y cómo abordarlas
- Poner mayor énfasis en el cuidado de la salud mental a nivel de prevención primaria
- Que se establezca el servicio psicológico en los hospitales de la Ciudad de México, no importando la especialidad de estos, ni el nivel de atención, ya sea de primer, o segundo o tercer nivel.
- La importancia de un programa de intervención en crisis donde se contemple al personal de Psicología en el trabajo ambulatorio en las salas del hospital con los pacientes y los familiares, esto con el fin de preparar al paciente ante la hospitalización (tratamiento médico, intervención quirúrgica, rehabilitación, etc)
- La formación de grupos de autoayuda para pacientes y familiares
- La formación de grupos de autoayuda dirigidos al personal hospitalario
- La implementación de la materia de Intervención en Crisis en el programa de estudios para la formación del psicólogo y áreas afines.

ANEXOS

ANEXO 1
CUESTIONARIO

**CUESTIONARIO SOBRE INTERVENCIÓN
EN CRISIS PARA HOSPITALES
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

- 1.- Nombre y nivel del hospital:
- 2.- ¿Cuándo ingresa un paciente al hospital, hay algún requisito para recibir ayuda psicológica?
- 3.- ¿El hospital cuenta con un Departamento de Psicología o Psiquiatría?
- 4.- ¿El hospital cuenta con servicio de intervención en crisis?
- 5.- En caso afirmativo, ¿qué tipo de personal del hospital trabaja en el servicio de intervención en crisis?
- 6.- ¿Existe algún Programa de Intervención en Crisis?
- 7.- ¿Tiene nombre este programa?
- 8.- ¿Cuál es el objetivo de dicho programa?
- 9.- ¿Cuáles son los aspectos emocionales que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes y en los familiares al ingresar al hospital?
- 10.- ¿Se brinda atención psicológica a pacientes y a familiares o solo a pacientes?
- 11.- ¿Cuál es la respuesta de los pacientes y familiares a esta ayuda?
- 12.- ¿Cuáles son los problemas de mayor incidencia que el personal de psicología ha podido observar al realizar su labor?
- 13.- ¿Se utiliza alguna estrategia en particular para la intervención psicológica?
- 14.- ¿Se realiza algún trabajo de tipo psicológico con el personal hospitalario (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, personal administrativo, etc.)?
- 15.- En el caso de que si exista Departamento de Psicología, ¿Cuántos son los integrantes y cuáles son sus especialidades?

ANEXO 2
TALLER

**TALLER DE SENSIBILIZACIÓN
PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO**

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	111
I.- SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL.....	113
II.- CRISIS.....	113
III.- DEFINICIÓN DE LA CRISIS.....	114
IV.- TIPOS DE CRISIS.....	116
V.- FACTORES QUE PRECIPITAN UNA CRISIS.....	117
VI.-CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE HOSPITALARIO EN CRISIS EMOCIONAL.....	118
VII.- ASPECTOS EMOCIONALES QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	119
VIII.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	121
IX.- LA PSICOTERAPIA EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	123
X.- DEFINICION DE INTERVENCION EN CRISIS.....	124
XI.- FASES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	125
XII.- INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN.....	127

INTRODUCCIÓN

El postulado principal de la prevención primaria es proporcionar los elementos teórico-prácticos para disminuir psicopatologías que en el momento pueden ser prevenidas. El objetivo del taller es presentar los elementos teóricos mínimos, con el fin de optimizar y brindar una atención de calidad y calidez que requieren los pacientes y sus familiares ante una situación, considerada de gran impacto (accidentes, hospitalizaciones urgentes, enfermedades graves, etc.), que irremediamente los conduce al desequilibrio emocional. A estas situaciones se les denomina crisis psicológicas que son inesperadas, aun cuando hay otras que son inherentes a la naturaleza humana, que se han denominado crisis del desarrollo.

Por lo general, se ha podido observar que la enfermedad física, las lesiones y la hospitalización, por sí mismas son sucesos que desafían la habilidad de los pacientes y sus familiares para enfrentarlas y adaptarse, por lo que, en estos momentos de crisis se requiere, invariablemente, ayuda y apoyo psicológico, no sólo de parte del personal del hospital, sino también de profesionales de la salud mental, quienes intervendrán durante el tiempo que dure el proceso de recuperación o la muerte inminente ante un determinado suceso (accidente o enfermedad).

Dicha ayuda psicológica se ha denominado intervención en crisis y sus orígenes se remontan hacia el año de 1944, cuando Erik Lindenman hizo una serie de observaciones después de un incendio en Boston (E.E.U.U.), quien pudo constatar las reacciones emocionales que presentaban los sobrevivientes, amigos y familiares de los muertos y heridos, pues sobretodo la importancia que reviste la ayuda inmediata (minutos y hasta días posteriores al desastre) a nivel psicológico, que posibilita la reducción de psicopatologías severas.

Con base en lo anterior, Aguilera y Messick (1976) definen la intervención en crisis de la siguiente manera:

“Una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva. En consecuencia, aumenta su tensión, ansiedad y es cada vez menos capaz de encontrar una solución ante esta situación. La persona se siente desamparada, está envuelta en un estado de gran trastorno emocional y se siente incapaz de actuar por su propia cuenta para solucionar su problema”.

Tomando como base esta definición, se puede concluir que lo más recomendable en momentos de crisis es intervenir de inmediato, lo cual reduce los costos a nivel hospitalario, pero, lo más importante, es que se previenen posibles complicaciones a nivel de salud mental. Esta intervención es a corto plazo y abarca de una a seis sesiones de 50 minutos centrándose específicamente en el restablecimiento del equilibrio perdido. Según Slatkeu (1993), este modo de abordar el problema se divide en dos fases: la primera ayuda psicológica, que la pueda y debe brindar cualquier persona en el momento que se presenten las crisis, y la intervención en crisis de segundo orden que le brinda una persona entrenada en el cuidado de la salud mental y su meta es la del restablecimiento del equilibrio perdido y la resolución de la crisis.

Cabe hacer mención que dentro de la primera ayuda psicológica se encuentran los elementos mínimos que son necesarios para brindarla; dichos elementos son los siguientes:

- 1.- Hacer contacto psicológico.
- 2.- Examinar las dimensiones del problema.
- 3.- Examinar las soluciones posibles.
- 4.- Ayudar a tomar una acción concreta.

5.- Seguimiento.

El uso adecuado de estos elementos puede conducir a los pacientes y sus familiares a superar la crisis de manera positiva, además de que mejora los modos de enfrentamiento de nuevas crisis en el futuro.

I.- SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL.

Objetivos:

- 1.- Que los participantes exploren las expectativas y fantasías respecto a las crisis psicológicas.
- 2.- Que el instructor exponga las expectativas y objetivos que el programa tiene.

Actividades:

Sesión Grupal en la que en forma espontánea los participantes se presenten y compartan con el grupo sus expectativas y fantasías. Después, el instructor expondrá algunas de las fantasías más comunes y continuará con la exposición del programa. La tarea del instructor será facilitar la creación de un clima adecuado para el desarrollo del proceso de comunicación entre los participantes.

II.- CRISIS

Todos los seres humanos experimentan a lo largo de su vida algunas situaciones o circunstancias que precipitan una gran desorganización emocional, que trae como consecuencia perturbaciones y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento al desequilibrio emocional.

Son estados de crisis, ya sea por etapas concretas del desarrollo o por situaciones que llegan de improviso y que toman de sorpresa a la persona, no teniendo oportunidad de utilizar los mecanismos adecuados de adaptación, para el manejo de una situación inesperada. Para Caplan (1985), estos periodos de crisis se caracterizan, generalmente, por la alteración psicológica aguda, con una duración aproximada de una a cuatro semanas. Más que una alteración, pareciera ser el resultado de la lucha por lograr un ajuste y una adaptación frente a un problema temporariamente insoluble.

Estos problemas radican en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar rápidamente con los mecanismos de superación y defensa que ya posee. Los problemas son serios e inevitables como, por ejemplo la muerte de una persona amada, la pérdida o el cambio de un empleo, alguna amenaza a la integridad física corporal por enfermedad o lesión, accidentes o una intervención quirúrgica, un cambio de función socio-cultural debido a transiciones evolutivas (ingreso a la universidad, casamiento, paternidad, etc.).

III.- DEFINICION DE LA CRISIS.

Algunos autores han definido estos periodos de crisis de la siguiente manera:

-Para Aguilera y Messick (1976), una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva: se siente desamparada y envuelta en un estado de gran trastorno emocional e incapaz de actuar por su propia cuenta.

-Para Caplan (1985), la crisis es un periodo transicional que representa tanto la oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental.

-Para Slaikeu (1993), una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

-Para Gómez del Campo (1994), una crisis es una combinación de situaciones de riesgo que en la vida de una persona coinciden con su desorganización psicológica y con la necesidad de ayuda. La crisis representa tanto el peligro de un trastorno mental como la oportunidad para el crecimiento de una persona, ésta puede estar presente en la vida de todo ser humano. Se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, y la ayuda externa es crítica puesto que si la persona resuelve su crisis de manera positiva, tendrá mejores posibilidades de afrontamiento ante las crisis futuras.

Todos estos autores coinciden en señalar que el estado de crisis es una situación límite, en donde la persona pierde momentáneamente su homeostasis, mientras dura la crisis. En otras palabras, pierde la capacidad de poder manejar adecuadamente la situación, además de que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. La crisis genera un trastorno emocional, caracterizada por la ansiedad y la desorganización pero, no siempre es negativo o destructivo, ya que las crisis pueden ayudar a crecer y a desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles de funcionamientos óptimos.

IV.- TIPOS DE CRISIS

Para autores como Erikson, Caplan y Slaikeu (1993), existen dos categorías de crisis:

Crisis evolutivas o del desarrollo y las crisis circunstanciales, inesperadas o accidentales.

Crisis Evolutivas o del Desarrollo.

La tesis fundamental en el desarrollo de las crisis, es que los sucesos precipitantes están implicados en los procesos de maduración. Esta aproximación se observó más allá del suceso de crisis particular y se enfoca hacia el individuo, bajo la luz de su desarrollo histórico.

Erikson, citado por Caplan (1985), formalizó primero la idea de que la personalidad continúa a través del desarrollo de las etapas de la vida. En tanto que Freud sugirió que la personalidad se estructurara ampliamente en los primeros años de vida del ser humano. Erikson considera a la personalidad como un desarrollo durante el ciclo completo de la vida, claro está que cambiando radicalmente la forma en que el individuo aborda cada etapa del desarrollo. El sugirió rastrear el desarrollo psicosocial a través de ocho etapas, cada una de las cuales posee un potencial de crisis y, dependiendo de como sea resuelto un número específico de problemas de cada nivel, el crecimiento de una persona pueda detenerse o avanzar a un nivel superior. La vida desde el nacimiento y hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y los cambios continuos. La característica del cambio es el estado de crisis, que es único por grado extremo, no por el cambio mismo.

Crisis circunstanciales, inesperadas o accidentales.

No todas las crisis se limitan directamente al proceso natural de maduración, muchas son completamente impredecibles. La pérdida de toda una familia en un accidente automovilístico,

leucemia de un niño de ocho años, una violación, el ser tomado como rehén bajo amenaza de muerte, etc., son sucesos a los que se denominan crisis circunstanciales. La característica más sobresaliente de este tipo de crisis, es que el suceso precipitante tiene poca o mucha relevancia con la edad del individuo o la etapa de desarrollo por la que este pasando. Las crisis circunstanciales pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento, a lo largo de la vida.

V.- FACTORES QUE PRECIPITAN UNA CRISIS

Para Caplan (1985) el factor esencial para la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad, la importancia del problema y los recursos con los que disponen inmediatamente para enfrentarlo. El individuo detecta estímulos que señalan un peligro para la satisfacción de sus necesidades fundamentales o que provocan una necesidad importante, y las circunstancias son tales que los métodos habituales para resolver los problemas resultan insuficientes o ineficaces dentro del lapso de tiempo de las propias expectativas de éxito, por lo que la tensión debida a la frustración de la necesidad se eleva, y esto es lo que en si mismo involucra problemas de mantenimiento de la integridad del individuo o los grupos, y puede estar asociado a sentimientos de malestar y esfuerzo subjetivo.

Estos problemas son a la vez serios e inevitables: la decisión de la carrera a seguir en la Universidad, el ingreso a la Universidad, la pérdida o el cambio de empleo, el casamiento, la paternidad, etcétera, (son cambios de función debido a transiciones evolutivas o socioculturales), la amenaza a la integridad corporal debida a enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, desastres naturales o provocados por el hombre (como terrorismo o guerras, etc.) son sucesos muy impactantes.

VI.- CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE HOSPITALARIO EN CRISIS EMOCIONAL.

Desde el punto de vista de la intervención en crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para poder enfrentarlos y adaptarse. Los sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave, una cirugía, la pérdida de un miembro del cuerpo o la incapacidad física, conservan el potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío, es así como la enfermedad o lesión pueden hacer inalcanzables los objetivos que el sujeto o la familia se han planteado en la vida, e incluso amenazar su propia vida.

Como puede observarse la enfermedad física y la lesión son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento del individuo, con la estructura de vida, con la autoimagen, así como con la percepción que tienen las personas del futuro.

Los aspectos emocionales, que se despiertan en un hospital, son descritos a continuación:

- Sentimientos de abandono dentro del hospital
- Miedo a lo desconocido dentro del hospital
- Miedo a sentir dolor
- Miedo a ser mutilado (pérdida de algún miembro del cuerpo).
- Un miedo universal en los niños, particularmente a las agujas.
- Muchos niños en edad escolar pueden experimentar miedo a perder el control.
- Permanecer en el hospital por largo tiempo y lo que esto implica (estar alejados de sus familiares y amigos).

- El miedo universal es el que se tiene a la muerte. La muerte significa diferentes cosas para las diferentes edades, pero la mayoría le teme
- La idea de que están enfermos o que han sufrido un accidente y están hospitalizados les hace pensar que es un castigo divino por haberse portado "mal". La enfermedad y la hospitalización son desagradables y, por lo tanto, constituyen un castigo
- La ansiedad que puede ser transmitida por los propios familiares, ya que la falta de información genera ansiedad

VII.- ASPECTOS EMOCIONALES QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Las familias de los pacientes que experimentan situaciones de gran estrés debido a enfermedad, lesión o accidentes necesitan ayuda y apoyo psicológico, no sólo del personal médico del hospital, sino también de profesionales de la salud mental, sobre todo en los momentos de crisis que se describen a continuación:

- Período de admisión al hospital, cuando una enfermedad o el horror de un accidente y sus consecuencias, por ejemplo, están todavía en el ambiente.
- La ausencia total de información por parte del personal del hospital durante las horas siguientes
- Las contradicciones que surgen de la desinformación entre enfermeras y médicos
- El impacto emocional ante el diagnóstico, ya sea con buen o mal pronóstico

- La información estereotipada y mecanizada por parte del personal hospitalario en cuanto al estado del paciente (grave, regular, en observación, en recuperación, etc.), palabras de la jerga médica que incrementan la angustia.
- El periodo prolongado de recuperación e inmovilización del paciente.
- El retorno al hogar, que siempre genera ansiedad y demandas por parte del paciente.
- El momento de regreso a la actividad habitual del paciente, que puede provocar rechazo, ansiedad y miedo por la posibilidad de no poder hacer las mismas actividades que se realizaban antes de la enfermedad o accidente.

La familia, en términos generales, entra en un estado elevado de estrés puesto que no se encuentra preparada para enfrentar una situación inesperada como es una enfermedad, lesión o accidente de cualquier miembro de la familia. Las situaciones que se desprenden de la crisis dependerán del miembro de la familia que sufre el problema; si es un varón adulto, padre de familia, es probable que la madre desatienda a los hijos, preocupada primero por el bienestar físico del paciente y por la posterior desorganización de los aportes físicos, psicosociales y socioculturales.

Dentro de la familia, cada miembro desempeña determinadas tareas y roles, que son complementarios con los de los otros miembros. Por ejemplo, si es el varón el que sufre un determinado problema puede no sólo privar a la familia de sus ingresos procedentes del trabajo, sino también hacer necesario que otra persona asuma su rol familiar. Si la mujer adulta toma el lugar del marido en el mundo ocupacional, entonces hay que hacer ajustes para desempeñar su rol en la familia. Del mismo modo, la hospitalización de la mujer adulta causa una interrupción

en los roles familiares, que exigen distintos tipos de adaptación de los otros miembros quienes tendrán que desempeñar otros roles a los que estaban acostumbrados. Por todo lo anterior, la intervención en crisis se hace necesaria para poder ayudar en este caso a los familiares. Lo más recomendable es hacer que:

- Comprendan la situación.
- Manejen adecuadamente el proceso de negación, y
- Ayudarlos en el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento.

VIII.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INTERVENCION EN CRISIS

Para Fiorini, citada por Grimson (1973), las psicoterapias breves aparecen en los últimos años como una modalidad asistencial de creciente importancia social. Surgen con el crecimiento de instituciones que necesitan ofrecer asistencia a una población masiva de pacientes, pero, desafortunadamente, para ello se cuenta, generalmente, con personal e instalaciones restringidos.

Este servicio psicoterapéutico breve se desarrolla también con el auge de una cultura psicológica y con una mejor identificación de los problemas para los cuales no puede ser posible ni necesario emplear tratamientos intensivos y prolongados.

Las psicoterapias emergen en el seno de un sistema de clases: la enorme inversión que exigen los tratamientos intensivos a largo plazo, al estilo del psicoanálisis, los hacen estrictamente accesibles a una minoría cada vez más selecta.

La psicoterapia breve y de emergencia es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el

tratamiento La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida, aplicada en situaciones especiales de crisis y emergencia.

Para Bellak y Small (1992), la psicoterapia rápida tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa. La orientación psicoanalítica, al parecer, es la que ofrece las hipótesis más sistemáticas disponibles, hipótesis que se prestan muy fácilmente a la verificación clínica y que, a la larga, se espera pueden ser verificadas experimentalmente, para ser modificadas o incluidas. Estas hipótesis deben tomarse como enunciados relativos sobre todo, algunos aspectos de la teoría Freudiana, están muy lejos de haber sido comprobados. Por lo anterior, deben considerarse otras aportaciones que hoy día tienen mucho que ofrecer en cuanto a la comprensión del comportamiento humano.

Sin embargo, los procedimientos fundamentales de la psicoterapia rápida (o breve y de emergencia) se derivan de la comprensión del comportamiento humano normal y anormal, contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa. En la psicoterapia breve, la meta es eliminar síntomas específicos y ayudar a prevenir el desencadenamiento de síntomas neuróticos o psicóticos más profundos. Se centra en el pasado genético en la medida en que éste se relaciona con la situación presente, con la represión y con la restricción de los impulsos. El terapeuta asume un rol directivo, supresor y de observador participante. Los instrumentos básicos son la intervención psicodinámica, unida a los tipos de intervención médica y ambiental. Las indicaciones para la psicoterapia breve son los trastornos emocionales agudos, las circunstancias severamente destructivas y las situaciones que ponen en peligro la vida del paciente y la de otros. Este tipo de terapia está igualmente indicada a personas que no requieren una intervención de tipo psicoanalítico. El promedio de duración del tratamiento varía de una a veinte sesiones.

IX.- LA PSICOTERAPIA EN LA INTERVENCION EN CRISIS

Por otra parte, la intervencion en crisis se deriva de la psicoterapia breve. La meta de la intervencion en las crisis es la resolucion de la crisis inmediata. Se centra en el presente genetico, buscando el restablecimiento del individuo a un nivel de funcionamiento superior. El terapeuta asume un rol directivo, supresor y participante activo. Las técnicas empleadas son variadas y limitadas unicamente por la flexibilidad y creatividad del terapeuta. Algunas de estas técnicas son:

- Ayudar al individuo a lograr una comprension intelectual de su crisis.
- Tomar conciencia de sus sentimientos.
- Examinar los mecanismos de defensa pasados y presentes.
- Hacer uso de apoyos situacionales y
- Estructurar planes anticipados con el paciente para reducir la posibilidad de crisis futuras.

El origen de la intervencion en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y colaboradores, siguiendo los hechos del incendio del Centro nocturno de Coconut Grove, en Boston (E.E.U.U.), el 28 de noviembre de 1942. Lindemann y colaboradores, del Massachusetts General Hospital, desempeñaron un papel activo en la ayuda a sobrevivientes, y de aquellos que perdieron a un ser querido en el incendio. De sus observaciones de las victimas dolientes de esta catástrofe, Lindemann y colaboradores identificaron la pena aguda como un síndrome definido que comprende un conjunto de síntomas psicologicos y somaticos razonablemente persistentes. El marco teórico de referencia de Lindemann condujo al desarrollo de las técnicas de intervencion en las crisis y en, 1946, junto con Caplan, estableció un vasto programa de salud mental para la

comunidad alrededor de Harvard, titulado Proyecto Wellesley, que se convirtió en un laboratorio para probar técnicas preventivas amplias. A mediados de la década de los sesentas, el término intervención en las crisis no estaba aun incluido en los diccionarios de Psiquiatría. En 1970, en la cuarta edición del Diccionario Psiquiátrico de Hinsie y Campbell, citado por Aguilera y Messick (1976), se maneja la intervención en crisis como una forma de psiquiatría comunitaria:

“...en el modelo de la intervención en las crisis, el centro son las exigencias situacionales transicionales para nuevas respuestas adaptativas. Debido a que la mínima intervención en estas condiciones, alcanzó efectos máximos y óptimos, este modelo es más rápidamente aplicable a los grupos que el modelo médico”.

X.- DEFINICION DE INTERVENCION EN CRISIS.

Para Aguilera y Messick (1976), una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva. En consecuencia, aumenta su tensión, ansiedad y es cada vez menos capaz de encontrar una solución.

En esta situación la persona se siente desamparada, esta envuelta en un estado de gran trastorno emocional y se siente incapaz de actuar por su propia cuenta para solucionar su problema.

La intervención en crisis puede ofrecer la ayuda inmediata que necesita la persona para recuperar su equilibrio. Es una terapéutica a corto plazo, poco costosa y que se centra en el restablecimiento del equilibrio perdido. El creciente conocimiento de los factores socio culturales (crisis económica, el alto índice de desempleo, etc.), que pueden precipitar situaciones de crisis, han conducido a una rápida evolución del método de la intervención en crisis: de aquí que se

considere que la intervención en crisis es un excelente ejemplo de prevención primaria, puesto que si la persona resuelve una crisis de manera satisfactoria tendrá mejores posibilidades de solucionar adecuadamente las crisis futuras (Gómez del Campo, 1994).

XI.- FASES DE LA INTERVENCION EN CRISIS.

Para Slaikeu (1993) existen dos fases de intervención en crisis:

- a) Intervención en Crisis de Primer Orden o Primera Ayuda Psicológica.
- b) Intervención en Crisis de Segundo Orden o Terapia en Crisis.

A continuación, se describen brevemente:

a) Intervención en Crisis de Primer Orden.

La Intervención en Crisis de Primer Orden, también llamada "Primera Ayuda Psicológica", implica la ayuda inmediata y casi siempre toma sólo una sesión. Esta proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Además, pueden y deben brindarla las personas que observen primero la necesidad, en el momento y en el lugar en que se origina la crisis.

La **primera ayuda psicológica** es una intervención breve, que puede brindarse en cualquier lugar y abarca desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis. Siguiendo la tradición clínica en el trabajo de crisis sus objetivos son limitados, pero el enfrentamiento inmediato es el enfoque principal (pasar el día/noche, planear lo mejor posible la próxima etapa) En la práctica, esto se subdivide en tres subobjetivos:

- 1). Proporcionar apoyo al paciente.

- 2). Reducir la mortalidad.
- 3). Canalizar a recursos de ayuda.

El primer contacto de ayuda psicológica se refiere a estos tres subobjetivos y no más. No se hace esfuerzo por solucionar la crisis psicológica. Slaikeu (1993) manifiesta que, para llevar a cabo los subobjetivos de la **primera ayuda psicológica** son necesarios cinco componentes; estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico con una persona en crisis. Cada componente une habilidades y conductas que pueden aprenderse y medirse.

Los componentes de la **primera ayuda psicológica** son.

- 1.- Hacer contacto psicológico.
- 2.- Examinar las dimensiones del problema.
- 3.- Explorar las soluciones posibles
- 4.- Ayudar a tomar decisiones concretas.
- 5.- Seguimiento.

Estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el **primer contacto crítico con una persona en crisis**.

b) Intervención en Crisis de Segundo Orden.

La Intervención en Crisis de Segundo Orden, también llamada "Terapia en Crisis", se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo, que va más allá de la restauración del equilibrio y del enfrentamiento inmediato, dirigido a mejorar la resolución de la crisis. Esto significa ayudar a

la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos y obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.), de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida. El resultado deseado para el individuo es estar preparado y mejor dotado para enfrentar el futuro. La **terapia en crisis** busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en una causalidad psicológica del suceso en crisis, ya sea por la crisis de desarrollo (transición de madurez) o circunstancial (muerte inesperada de un ser querido, por ejemplo). Como proceso terapéutico, la **terapia en crisis** es mejor comprendida como un proceso a corto plazo (algunas semanas o meses). Idealmente, se acompaña de un período de seis semanas más durante el que se restaurara el equilibrio después de la crisis. La terapia en crisis no solo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y entrenamiento "psicoterapéutico" y es, quizá, la mejor categoría general bajo la que se incluye a psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud que tienen entrenamiento especial en terapia a corto plazo.

XI.- INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN

1.- HACER CONTACTO PSICOLÓGICO.

Se refiere a saber escuchar activamente, lo cual significa poder comprender desde la visión y perspectiva del individuo, incluyendo sus sentimientos y actitudes. Lo primordial para la persona en crisis es sentirse escuchada, aceptada, comprendida y apoyada, lo que conduce a la reducción de la intensidad de las emociones y al reconocer y legitimizar sentimientos de cólera, angustia, etcétera.

El contacto psicológico tiene por objetivo:

- a) **Abrir la comunicación.** es decir, hacer sentir al paciente o persona en crisis que es escuchado, aceptado y que recibirá ayuda; esto se logra con una voz pausada, segura y amable.
- b) **Propiciar la expresión de sentimientos.** El personal hospitalario estará atento a las emociones manifiestas en las inflexiones de voz, risa, suspiros, llantos, ademanes y movimiento corporal en general. Mediante la observación de esto se podrá determinar el compromiso emocional que conlleva dicho contacto, y se estimulará a la persona en crisis a que hable de sí mismo y de sus sentimientos frente al problema.
- c) **Enfatizar la Empatía.** Esto significa que se establezca comunicación entre la persona en crisis y el personal del hospital, con el objetivo de que el primero sienta que está siendo comprendido. La empatía establece confianza y armonía, y favorece la conducta autoexploratoria más adelante. La empatía es escuchar, acompañar, experimentar con el otro como si el escuchar pudiera sentir lo que siente el otro, es lo que cotidianamente se conoce como meterse en los zapatos del otro, para ver que se siente ser esa persona y cómo se ve el mundo con sus ojos.
- d) **Reducir la angustia emocional,** ya que ésta es paralizante y tiende a bloquear la actividad del sujeto. En este caso es necesario facilitar la expresión de las emociones, sentimientos temores y dar apoyo emocional; estas acciones dependerán de la situación de riesgo en que se encuentre el paciente y los familiares.

2.- EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

Se refiere a visualizar más allá de la simple presentación de crisis, estimando las dimensiones del problema. Esta estimación se realiza en el pasado, presente y futuro inmediatos.

El pasado inmediato considera: El suceso que precipitó la crisis y cómo era el funcionamiento de la persona antes de la crisis en las siguientes modalidades: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva (CASIC).

El presente inmediato considera El funcionamiento de la personalidad (CASIC) durante la crisis, los recursos personales, los recursos sociales y el grado de mortalidad (suicidio u homicidio).

Finalmente, el futuro inmediato considera: las decisiones inmediatas que la persona en crisis debe tomar, considerando sus necesidades inmediatas y necesidades posteriores.

3.- EXPLORAR LAS SOLUCIONES POSIBLES

Debe considerarse en este punto el grado o índice de mortalidad en el paciente y sus familiares. Por ejemplo, si la mortalidad es baja y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces las acciones a seguir son "HABLEMOS", "ACTUE", siendo el papel del personal hospitalario, facilitar dicho proceso en el que solo se involucren paciente, familia y el personal hospitalario. Dicho trabajo abarca un rango desde la escucha activa hasta dar un "consejo".

Muchas veces el "consejo" en este tipo de situaciones propicia el cambio de algunos pensamientos (cogniciones) y conductas (actitudes), además de que permite que el personal hospitalario proporcione una forma diferente de definir el problema. Para la mayoría de la gente, la desorganización y el trastorno excesivo, características de la crisis, son aterradores y nuevos. Es importante hacer notar que en las situaciones de crisis, ciertas acciones directivas, por parte del personal hospitalario durante el tiempo que dure la enfermedad o la recuperación de la salud son imprescindibles ya que de esta forma pueden encontrarse nuevas formas de afrontamiento positivo tanto para el paciente como de sus familiares.

4.- AYUDAR A TOMAR UNA ACCION CONCRETA

Este punto está relacionado directamente con la acción y orientación de la intervención en crisis. Este cuarto punto de la primera ayuda psicológica involucra al paciente a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis. Es importante señalar que el objetivo, aunque limitado, es que el paciente haga tanto como sea capaz, sólo cuando las circunstancias dañen con gravedad la homeóstasis del paciente y su familia, y estos se encuentren imposibilitados para actuar ante el suceso, el personal hospitalario bajo acuerdo del paciente y sus familiares, podrá tomar un papel activo en las soluciones inmediatas dirigidos a abordar las necesidades inmediatas, esto deberá realizarse en forma gradual.

Lo anterior, depende de dos factores principales: la mortalidad y la capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio, por lo que el personal hospitalario puede tomar una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente y su familia a abordar su crisis.

5.- SEGUIMIENTO

Este último componente de la primera ayuda psicológica implica recabar información y establecer un procedimiento que permita el registro para observar el progreso del paciente y familiares. Dicho registro lo podrá llevar a cabo el personal hospitalario, previamente informados pacientes y familiares, quienes estarán en contacto en el momento y tiempo que se acuerde con el profesional. Este registro puede llevarse a cabo cara a cara o vía telefónica, ya que la primera ayuda psicológica no está completa hasta que cada uno de los procedimientos se hayan evaluado.

ANEXO 3

GUIA

**GUÍA PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO:
PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA**

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	133
LOS CINCO COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA	135
1. Hacer contacto psicológico.....	135
2. Examinar las dimensiones del problema.....	138
3. Explorar soluciones posibles.....	139
4. Ayudar a tomar una acción concreta.....	141
5. Seguimiento.....	143
EL PERSONAL HOSPITALARIO ANTE LAS CRISIS EMOCIONALES.....	144

INTRODUCCIÓN

Son los médicos, enfermeras y otros miembros del personal hospitalario (trabajadoras sociales, terapeutas físicos, etc.) quienes se encuentran ante el paciente y familiares que luchan con las reacciones de las crisis relacionadas con el daño físico y la enfermedad. En la mayor parte de los casos son los médicos o las enfermeras quienes informan primero al paciente y a los familiares sobre la existencia y el amplio rango de complicaciones de la enfermedad o lesión. Recibir la notificación de algo que pone en peligro la integridad física, sin lugar a duda, representa un impacto a la estabilidad emocional de cualquier ser humano.

Ante una crisis emocional las reacciones del individuo pueden oscilar desde el ajuste con angustia, propia de cualquier proceso adaptativo, hasta problemas de mayor gravedad (como el suicidio), que requieren de atención psicológica o psiquiátrica específica. Pero hay muchas cosas que cualquier persona del sistema hospitalario puede hacer para reducir el impacto y la probabilidad de un trastorno emocional a la persona que sufre.

La presente guía intenta poner a la disposición de cualquier profesional o persona capacitada en el área de la salud, los componentes de la primera ayuda psicológica. Esto reviste singular importancia, puesto que dependiendo de la comprensión que el personal hospitalario tenga sobre este proceso, favorecerá la adaptación funcional del paciente y sus familiares, mejorando así su calidad de vida. Es tarea del personal hospitalario comprender que las reacciones del paciente y de sus familiares ante la enfermedad o lesión, son parte de sus defensas para evitar una mayor desorganización emocional.

Esta guía presenta el Modelo Teórico de Intervención en Crisis según Slaikeu (1993) para la primera ayuda psicológica, donde el autor propone una alternativa de trabajo preventivo que puede y debe brindar el personal hospitalario que tenga contacto con personas que se encuentran en crisis emocional.

Cualquier intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis de la vida, se ha observado como un hecho importante puesto que puede prevenir psicopatologías de alguna clase (Caplan, 1985). Por tal motivo, la prevención primaria es oportuna ya que tiene lugar antes de que ocurran los sucesos de crisis. Cuando los estímulos externos no se pueden afectar, las estrategias de mejoría se dirigen a la capacitación de los individuos para la resolución del problema y ejercitar habilidades de modo que estén mejor preparados para los sucesos críticos de la vida.

Para lograr el objetivo propuesto, se establece un procedimiento de cinco componentes de la primera ayuda psicológica (Slaikeu, 1993), los cuales cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico con una persona en crisis. Este procedimiento puede ser modificado de acuerdo a las características de la institución o profesionistas, siendo ésta una guía para conducir experiencia, sin pretender fijar un modelo rígido que acortone y dificulte la atención de los pacientes, sino, por lo contrario, que la mejore. Finalmente, se anexa un apartado dirigido al personal hospitalario sobre el impacto al que se enfrenta cuando atiende este tipo de crisis emocionales.

LOS CINCO COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

El personal del sistema hospitalario deberá familiarizarse con los principios básicos de la primera ayuda psicológica y ser capaz de llevarlos a la práctica en su cotidianidad. Estos principios son:

- Hacer contacto psicológico.
- Examinar las dimensiones del problema.
- Explorar las soluciones posibles.
- Ayudar a tomar una acción concreta.
- Seguimiento.

1.- HACER CONTACTO PSICOLOGICO

Este componente de la primera ayuda psicológica pone énfasis en la relación personal hospitalario-paciente, y personal hospitalario-familiares; dicha relación debe ser empática o "estar acorde", con los sentimientos de la persona ante la crisis que provoca una enfermedad, lesión, diagnóstico de V.I.H o SIDA, e incluso la propia hospitalización; esto significa, escuchar activamente al paciente sobre cómo se dio el proceso de la enfermedad o lesión y el sentimiento que provocó en el paciente y en sus familiares.

Una forma de hacer sentir al paciente y a sus familiares que son escuchados es hacer exposiciones reflexivas por ejemplo: "Puedo sentir, por la forma en que habla, lo preocupado que está por lo sucedido", o " Parece que está muy enojado por lo que pasó, y con justa razón".

Otros elementos que son importantes de considerar, son los siguientes: invitar a la persona a hablar, estar atento a los hechos que se van presentando y a sus propias reacciones.

Dicho contacto psicológico no siempre se realiza exclusivamente a través de la comunicación verbal. Algunas veces el contacto físico no verbal puede ser efectivo, por ejemplo, tocar o abrazar al paciente o a sus familiares que se encuentran trastornados. Un contacto afectuoso o una "palmada" en la espalda tienen, con frecuencia, un importante efecto tranquilizador, además de significar interés humano, y si a este tipo de comunicación no verbal se agrega la comunicación verbal produce, todavía, mejores resultados para superar la crisis.

Por lo tanto es necesario que el personal hospitalario comunique comprensión de la situación actual del paciente y sus familiares, a través de los siguientes aspectos:

- No juzgar al paciente y familiares, ni adoptar actitudes paternalistas, como regaños, sino establecer una relación empática, por medio del "Lo comprendo".
- Alentar al paciente y familiares a expresar o describir sus ideas y sentimientos acerca de la situación experimentada, ya que esto le permite expresar sus temores y fantasías, con el objeto de elaborarlos y reducirlos, así como ayudar a que la respuesta sea más adaptativa.
- No fomentar emociones negativas que se darán de todos modos.
- Es necesario un trato cordial y cálido, en otras palabras, una actitud empática que es ponerse en los "zapatos" del paciente o sus familiares.

Se ha estudiado sobre como proporcionar la ayuda psicológica a pacientes que enfrentan una hospitalización o cirugía, existiendo diversas proposiciones sobre el manejo psicológico de estos pacientes y sus familiares. Los autores que han estudiado estos problemas coinciden en que la ayuda psicológica deberá tomar en cuenta aspectos tales como la edad, la personalidad del

paciente, el conocimiento que el paciente tenga de su padecimiento actual (por ejemplo, información sobre V.I.H. o SIDA), el tiempo de preparación para el tratamiento médico o quirúrgico, además de quién será el profesional que expondrá la razón de la hospitalización y, en su caso, de la cirugía, o bien sobre la posible canalización a otra institución especializada (como en caso de pacientes con V.I.H. o SIDA). También, coinciden en que deberá informarse al paciente y a sus familiares sobre lo que pasará, y que experimentará. Esta información deberá ser transmitida en términos sencillos e irse incrementando en la medida que el paciente y los familiares lo requieran o el proceso de la enfermedad avance.

Al respecto, la información debe ser clara y comprensible, tanto para el paciente como para sus familiares: esta debe abarcar lo que el paciente puede encontrar en el hospital y las experiencias a vivir, tales como inyecciones, pruebas de laboratorio, rayos X, área de cuidados especiales como en los casos de V.I.H. o SIDA, etcétera, así como el propósito, significado y duración de cada uno de los eventos, ya que las condiciones amenazantes, vagas o indefinidas causan mayor malestar que aquellas que son conocidas y comprendidas, y que ayudan al paciente a dominar las preocupaciones acerca de su condición y de su futuro.

Existen estudios donde se indica que la gran cantidad de equipo presente en las unidades de los hospitales proporciona tranquilidad al paciente, siempre y cuando se le oriente sobre su uso. Así

mismo, se ha encontrado que la falta de información, la explicación a medias y la conspiración del silencio tienden a debilitar la relación médico-paciente e incrementa el nivel de ansiedad.

Este componente de la primera ayuda psicológica es importante e imprescindible, ya que por la necesidad de dar la atención médica a nivel físico, quizá no se puede llevar a cabo el resto

de los componentes de la primera ayuda psicológica, siendo necesario un manejo adecuado de este primer contacto con los pacientes y familiares.

2.- EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

El segundo componente de la primera ayuda psicológica es examinar las dimensiones del problema, enfocando éste hacia tres áreas principalmente: pasado, presente y futuros inmediatos. El pasado inmediato se refiere a los sucesos que precipitaron la crisis, como por ejemplo la hospitalización, al padecimiento de una enfermedad crónica, la cirugía, la pérdida de algún miembro del cuerpo o hasta la programación de exámenes médicos, etc.

La investigación sobre el presente inmediato implica preguntas, "quién, qué, cómo, cuándo, dónde" para sondear cómo se encuentran el paciente y sus familiares. Esto se realiza por medio de una plática sencilla en la que el paciente proporciona los datos necesarios, además es importante estar atentos a las características del funcionamiento CASIC que incluye la parte conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva del paciente ante la crisis. ¿Cómo se siente en este momento la persona? (afectiva). ¿Cuál es el impacto de la enfermedad o lesión sobre la vida de la familia y amigo? (interpersonal). ¿Cuál es la salud física? (somática). ¿Cómo se afectaron las rutinas? (conductual) y ¿Cuál es la naturaleza de las ideas del paciente, así como sus sueños de día y noche durante la enfermedad o lesión? (cognoscitiva). También se deberán valorar las cogniciones reales tanto internas (por ejemplo: ¿Qué aspectos del paciente no se afectaron por la enfermedad?, ¿Qué actividades o rutinas como el ejercicio físico son parte del modo de vida de la persona y pueden hacerse entrar para enfrentar la situación actual?), y externos, tales como: ¿De qué miembros de la familia y amigos se pueden disponer para ayudar

al paciente?. Es importante que, a través del discurso o del comportamiento, se detecte cuándo, cómo y porqué el paciente y familiares muestran angustia, negación, se enojan o se deprimen.

Por último deberán explorarse ¿cuáles son las probables dificultades futuras para el paciente y su familia? (Los cambios que enfrentaron después de un diagnóstico de VIH o SIDA, por ejemplo, o bien el proceso de rehabilitación en las semanas o meses posteriores, como es el caso del paciente quemado). Dependiendo de las circunstancias, posteriormente, se puede requerir de asesoría a corto plazo con el fin de ayudar en su nueva condición, aprendiendo de la crisis vivida (como la terapia en crisis). Por lo tanto, el trabajo debe orientarse hacia el ordenamiento de las necesidades del paciente y sus familiares en dos categorías.

- 1.- Problemas que deben tratarse de inmediato; y
- 2.- Problemas que se pueden posponer.

Debido a que la enfermedad o lesión llevan al paciente y a sus familiares a una confusión y desorganización, a menudo ellos intentan tratar todo al mismo tiempo. Muchas veces hay poca conciencia de lo que se debe abordar en ese momento y lo que puede esperar un poco más (días, semanas o aun meses). El papel que debe asumir el profesional de la salud es el de apoyar en el proceso de ordenamiento.

3.-EXPLORAR POSIBLES SOLUCIONES

El tercer componente de la primera ayuda psicológica implica identificar el rango de alternativas de solución para necesidades inmediatas y posteriores, así como nuevas formas de afrontamiento ante la enfermedad o lesión; por ejemplo, las alternativas médicas que tiene el paciente ante la pérdida de un miembro y el proceso de la rehabilitación que tiene que enfrentar

junto con sus familiares. Esto, nuevamente, viene a alterar el equilibrio del sistema individual (paciente) y el sistema social (familia, amigos, etc.).

Por lo anterior será necesario el apoyo psicológico y la orientación para adaptarse a esta nueva situación. Un impedimento para la primera ayuda psicológica en ambientes médicos es la idea que el papel del paciente es describir síntomas y el exclusivo del médico es recomendar o prescribir tratamientos. Es importante que los pacientes en crisis hagan tanto como puedan para ayudarse a sí mismos, incluyendo la búsqueda de soluciones a preocupaciones inmediatas. El paciente tiene información sobre su historia e inclinaciones, y el médico (u otro miembro del equipo) posee la experiencia en reacciones de crisis comunes, ante la atención médica, las indicaciones y contraindicaciones médicas y las soluciones que se aplicaron a otros pacientes. Es importante extraer ambas fuentes de información para generar posibles soluciones a las preocupaciones inmediatas del paciente. En la búsqueda de alternativas, el personal hospitalario, junto con los pacientes y los familiares, explorarán los pros y contras de las alternativas que existen, por ejemplo, la introducción del DIU a una mujer con varios hijos y con escasos recursos económicos, el uso o no de una prótesis ante la pérdida de un miembro del cuerpo y las sensaciones que experimentará el paciente durante el proceso de adaptación, etcétera.

La primera ayuda psicológica no está completa hasta que estas etapas se hayan identificado. Además, en la mayor parte de los casos (exceptuando un paciente demasiado confundido que sea incapaz de participar en el proceso), habrá un acuerdo entre el paciente y personal hospitalario sobre la aceptación de alternativas elegidas.

4.-AYUDAR A TOMAR UNA ACCION CONCRETA

Relacionado directamente con la accion y orientacion, el cuarto componente de la primera ayuda psicologica involucra el hecho de ayudar a la persona a tomar alguna accion concreta para enfrentar la enfermedad, lesion o la misma hospitalizacion. El paso de la accion puede ser tan simple como el hacerse un chequeo medico, o complicado, como iniciar una hospitalizacion de urgencia.

En algunos casos, como por ejemplo el de un accidente automovilistico en el que viajaba toda la familia y todos resultan lesionados de gravedad, el personal hospitalario debera tomar un papel activo, pero de forma gradual.

Dependiendo de dos factores principales, que son la mortalidad y la capacidad del paciente y sus familiares para actuar en su propio beneficio, el personal hospitalario debera tomar una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a enfrentar la enfermedad y la hospitalizacion. Para ampliar con claridad estas distinciones se puede pensar en la actitud facilitadora, como por ejemplo, cuando el personal hospitalario, el paciente o familiar hablan sobre la situacion, o toman una mayor responsabilidad, ademas, cualquier acuerdo en cuanto a la toma de desiciones,es un asunto que involucra solo al personal hospitalario, al paciente o familiar. Por ejemplo, la autorizacion por escrito de la paciente para que le realicen la introduccion del DIU y asi evitar futuros embarazos no deseados.El proposito de esto es aumentar la probabilidad de que el paciente enfrentara la crisis con un sentido de responsabilidad y se hara participe de las desiciones tomadas para sus necesidades inmediatas

Bajo una actitud directiva, la intervencion es diferente. El acuerdo entre el paciente y el personal hospitalario es que parte de la accion puede involucrar a ambos. De igual forma el acuerdo para la toma de desiciones puede involucrar a otros. Cuanto el paciente y los familiares

son incapaces de tomar decisiones necesarias para mantener el control de la situación, el personal hospitalario podrá tomar la decisión para controlar el resultado final.

Dicho personal actúa, con el fin de reducir la mortalidad del paciente, por ejemplo cuando llega un hombre balaceado a la sala de urgencias del hospital y se encuentra como desconocido; la intervención médica debe ser inmediata. Una vez reducida la mortalidad del paciente, es necesario la intervención psicológica (explicar en donde se encuentra, porqué se encuentra en el hospital, el motivo de la cirugía, etc.)

La actividad directiva puede llevar a diversos problemas éticos y legales:

- 1.- Cualquier acción del profesional de la salud debe ser dentro del reglamento del hospital o bien del código ético del personal hospitalario.
- 2.- La actitud directiva solo se llevará a cabo cuando la gravedad de la situación no permita que el paciente y sus familiares tomen una decisión adecuada.
- 3.- En caso de hospitalización de urgencia, cada esfuerzo se debe realizar para ayudar al paciente y a la familia a combatir las complicaciones negativas, como por ejemplo disminuir la mortalidad y proporcionar la información real de lo que sucede con el paciente y el proceso de hospitalización para favorecer su adaptación.
- 4.- Confidencialidad del acuerdo para la toma de decisiones que pueda implicar un componente legal como por ejemplo la internación de una persona suicida peligrosa.

Antes de que el personal hospitalario tome una acción directiva, se deberá considerar porque se se toma dicha acción, con quien, hacia qué fin, por cuánto tiempo, que riesgos conlleva, y con que garantías. Cada decisión se debe realizar "cerca del límite" que caracteriza a estas acciones, por ejemplo, "si no permite que el trabajador social llame a su casa, para avisar de la hospitalización a su familia, lo hará al menos una vez, esto es porque..."

Al proporcionar la primera ayuda psicológica, el objetivo es asegurar que al menos haya un proceso para brindar atención apropiada al paciente y a sus familiares, y que dicho proceso conduzca a la retroalimentación y pueda existir un seguimiento del caso.

5.-SEGUIMIENTO

El último componente de la primera ayuda psicológica implica el recopilar información y establecer procedimientos que permitan el registro de ésta. Esto se lleva a cabo con el propósito de conocer el progreso que el paciente ha tenido a partir de la intervención médica hospitalaria o por medio de la consulta externa cuando el paciente ha egresado de la institución. El seguimiento también permite observar cómo se está brindando la primera ayuda psicológica en el hospital y si realmente se está cumpliendo con los objetivos de la misma.

Dicho registro puede llevarse a cabo a través de un encuentro persona a persona, o por teléfono. Es importante señalar quién llamará a quién o quién visitará a quién, así como también el momento y el lugar del contacto. La primera ayuda psicológica no está completa hasta que cada uno de los procedimientos se hayan probado. Además, el seguimiento facilita el registro de cómo el paciente a solucionado su crisis.

EL PERSONAL HOSPITALARIO ANTE LAS CRISIS EMOCIONALES

El trabajo con las crisis, requiere que el personal de salud del sistema hospitalario atienda su propio bienestar, emocional. A continuación, se indican algunas consideraciones con el fin de orientar mejor al trabajador del ambiente hospitalario:

- 1.- Reconocer las propias emociones para orientar mejor al paciente.
- 2.- Es frecuentemente sentirse impotente ante una situación avasalladora.
- 3.- Son normales los cambios emocionales.
- 4.- Es conveniente aceptar el propio dolor, miedo, angustia e impotencia; es decir, no reprimir estos sentimientos ni exacerbarlos, simplemente vivíroslos.
- 5.- Cuidarse de no caer en extremos de frialdad o excesiva calidez.
- 6.- Los pacientes requieren que el personal hospitalario que los atienden se muestren empáticos.
- 7.- Hay que evitar emitir juicios, a fin de optimizar el papel del personal hospitalario.
- 8.- Reconocer límites. Discernir hasta dónde se puede brindar ayuda psicológica de acuerdo con la función o cargo (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, etc.)
- 9.- Definir cuándo es conveniente que el paciente cuente con la atención especializada como en el caso de los pacientes de V.I.H. y SIDA y otras enfermedades que requieren del apoyo de un profesional de la salud mental.
- 10.- Buscar asesoría y apoyo de otros profesionales, a fin de lograr una atención integral.

11.- Reconocer los límites y posibilidades de las capacidades y recursos del lugar donde se trabaja.

12.- Mecanizarse es muy fácil; al repetir la experiencia, el trabajo llega a hacerse de manera mecánica y rígida. Un trabajo realizado de esta manera prácticamente no es funcional.

13.- Es posible que con el paso del tiempo aparezca un aplanamiento emocional en el personal hospitalario; esto es un proceso esperado, como resultado del desgaste emocional y la defensa.

14.- Conviene valorar el compromiso y lo que se está dispuesto a dar en este trabajo, a fin de tomar decisiones, sobre el continuar con las funciones que se realizan en la institución.

15.- El personal debe responder de una manera tranquila y controlada, resistiendo la tendencia a dejarse envolver (sentirse ansioso, enojado o deprimido) en la intensidad de los sentimientos del paciente.

16.- Buscar asesoría y apoyo de otros profesionales al cuidado de la salud mental, a fin de lograr expresar lo que el trabajo le produce a nivel afectivo-emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, D.C y Messick, K.M. (1974). Crisis Intervention: Theory and Methodology. Saint Louise. The C.V. Mosby Co.
- Aguilera, D.C y Messick, K.M. (1976) Control de los Conflictos Emocionales. (M. Restrepo, Trad.) México: Nueva Editorial Interamericana
- Bellak, L. y Small, L. (1990) Psicoterapia Breve y de Emergencia. (M. Gonzalez, Trad.). México: Fax. (Trabajo original publicado en 1965)
- Bertalanffy, L.V. (1971) Robots, hombre y cuerpo. Psicología en el mundo moderno. (F. Calleja, Trad.) Madrid: Ediciones Guadarrama
- Botke, W. (1993). The law and suicide prevention. Recht and Psychiatric. **11** (4) 174-182. PsycLIT Database (1986-1994) American Psychological Association
- Bustos, L. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: Motivo de Consulta. Tesis de Licenciatura, U.N.A.M. Facultad de Psicología
- Campanini, A. y Luppi, F. (1991) Servicio Social y Modelo Sistémico. México: Ediciones Paidós
- Campuzano, L., Carrillo, J.A., Diaz, I., Doring, R., Dupont, M.A., Islas, I., Jinich, V., Pardo de Araujo, C., Siniego y A., Tubert, J. (1987). Psicología para los desastres. México: Pax
- Caplan, G. (1985). Principios de la psiquiatría preventiva. (E. Rodriguez, Trad.). España: Paidós.
- Chong, A. (1993). Prevention of suicide in older adults in Hong Kong. Bulletin of the Hong Kong Psychological Society. **30-31**, 71-83 PsycLIT Database (1986-1994) American Psychological Association. All rights reserved
- Colom, A.J. (1979). Sociología de la educación y Teoría General de los Sistemas. España: Oikos-Tau.

- Declet, N.C. y Alvarez, V. (1993). Terapia de intervención en crisis y sus efectos sobre la ansiedad en pacientes de angina admitidos a la Unidad Coronaria. Revista Latinoamericana de Psicología, 25 (2), 157-165.
- Eaton, P. y Reynolds, P. (1985). Suicide attempters presenting at an emergency department. Canadian Journal of Psychiatry, 30 (8) 582-585. PsycLIT Database (1986-1994) American Psychological Association.
- Everstine, D.C. y Everstine, I. (1992). Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas (J.L. Rodríguez y G. Moreno, Trad.) Mexico: Pax.
- Feria, I. y Rivera, I. (1994). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono; Una alternativa para la Intervención en crisis. Tesis de Licenciatura, U.N.A.M. Campus Iztacala.
- Ficheux, P. y Bijon, G. (1988). Institution et états-limites. (Institutions and borderline states). Psychologie Medicale, 20 (7) 55-56. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Fisch, R. (1985). Attempted suicide: Failed suicide or parasuicide? Diagnostic and Therapeutic considerations. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 22 (4) 281-289. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Fiorentini, A.Z., Joffé, C. y Rodríguez, W. (1994). Implementación de un programa de atención psicológica con niños quemados y sus familiares. México: Universidad Iberoamericana. (Trabajo original publicado en 1991).
- Fiorentini, A.Z. (1994). Intervención en crisis en hospitales. Psicología Iberoamericana, 2 (1), 92-101.
- Freedman, A.M. (1979). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores.
- Gaitán, A. (1991). SAPTEL, Guía de capacitación y Manual de procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. Mexico: Universidad Iberoamericana. (Trabajo original publicado en 1987).

- Gómez del Campo, J.F. (1994). Intervención en crisis: Manual para el entrenamiento. México: Universidad Iberoamericana.
- Grimson, W.R. (1973). Nuevas perspectivas en salud mental instituciones y problemas. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness. British Journal of Psychiatry, **151**, 447-454.
- Klingman, A. (1992). The effects of parent implemented crisis intervention: A real-life emergency involving a child's refusal to use a gas mask. Journal of Clinical Child Psychology, **21** (1) 70-75. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Koernur, M., Zavasnik, A. (1993). Problems with borderline patients in a crisis intervention unit: A case history. Crisis, **14** (2) 71-75, 89. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Levy, A., Davidson, S., Eilzur, A. (1985). Psychiatric emergency service: Its role in primary care. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences **22** (1-2) 135-141. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Ley General de Salud (1989). México: Porrúa.
- Lindenmann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, **101**, 141-148.
- Maier, H.W. (1986). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maruri, G. (1992). Propuesta de un modelo de intervención psicológica en adolescentes sometidos a una cirugía radical. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México.

- Materazzi, M.A. (1991). Salud mental una propuesta de prevención permanente. México: Paidós.
- Melvin, Z. y Spector, G. A. (1979) Introducción a la Psicología de la Comunidad. (E. Palos, Trad.) México: El Manual Moderno
- Michel, K., Jaeggli, C., Sturzenegger, M., Valach, J. (1994) The characteristics of young suicide attempters and their implications for helpers, *Psychotherapie Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, **44** (1) 1-6. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association
- Morrison, E. (1988) The assaulted nurse: Strategies for healing, *Perspectives in psychiatric Care*, **24** (3-4) 120-126. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association. All rights reserved
- Narain, R. (1987). Community mental health programme for the socially disadvantaged: Some pioneering approaches, *Indian Journal of Clinical Psychology*, **14** (2) 93-97. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Pfitzer, F., Rosan, E., Fsch, E. y Held, T. (1990). The treatment of borderline patients in a psychiatric clinic, *Nervenarzt*, **61** (5) 294-300. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association. All rights reserved.
- Pulakos, J. (1993) Two models of suicide treatment: Evaluation and recommendations, *American Journal of Psychotherapy*, **47** (4) 603-612. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Rodney, M.C. (1979). Sociología de la medicina. España: Editorial Ahanza.
- Rodríguez, I. (1995). Servicios de Apoyo Psicológico por Teléfono. Historia, investigación e implementación. Tesina de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Salvador, A. (1985) The day hospital and its two stages: Transformation of a day hospital into a center of brief therapies, *Information-Psychiatry*, **61** (6) 837-845. PsycLIT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.

- Sánchez, M. (1989). Elementos de Salud Pública. México: Méndez Cervantes
- Sánchez, J.J., Hernández, L. y Martínez, J. (1985). La UNAM ante los sismos de septiembre. México:UNAM.
- Slaikou, K. (1993). Intervención en crisis (G. Ledesma, Trad.) México: Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1985).
- Sherr, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. (S. Flores, Trad.) México: Editorial El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1989).
- Tekavcic Grad, O., Faberow, N., Zavasnick, A. y Mecnik, M. (1988). Comparison of the two telephone crisis lines in Los Angeles (USA) and Ljubljana (Yugoslavia). Crisis. 9.(2) 142-157. Psycl.IT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association.
- Timio, M. (1981). Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial (M. Alvarez, Trad.). México: Editorial Nueva Imagen
- Wassemaer, D. (1987). Brief strategic family therapy and the management of adolescent Indian parasuicide patients in the general hospital setting. South African Journal of Psychology. 17 (3) 93-99 Psycl.IT Database Copyright (1986-1994) American Psychological Association