UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

"INTERVENCIÓN EN CRISIS: UNA ESTRATEGIA PARA EL PSICÓLOGO CLÍNICO".

R E P O R T E D E T R A B A J O
P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

ANA ALICIA ESPINO SÁNCHEZ.

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARÍA ISABEL MORATILLA OLVERA.
ASESORES: LIC. ROQUE JORGE OLIVARES VÁZQUEZ.
LIC. PATRICIA ROMERO SÁNCHEZ.

TLALNEPANTLA, EDO. MÉXICO.
2005.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a ti que siempre estas, mi fuerza y mi sabiduría,
que me das la oportunidad de ser y decidir.

Gracias a ti mujer buena que me enseñaste
a crecer emocional y espiritualmente.
Tú eres el motivo y la justificación,
le haz dado un sentido a mi vida.
Gracias por tu amor.
Eternamente agradecida.

A mi compañero de tantas aventuras en ésta vida.
Sólo se puede amar lo imperfecto.
Gracias amor por estar, por creer en mí y amarme.

Gracias a mis carnales, mi apoyo,
seguridad y ejemplo. Los quiero.

A ti que ya no estas,
Gracias por mi vida y por mi legado.
Honro tu vida y tu muerte.
Te amo.

Gracias a Isa, a Jesús, al CIC, a todos mis maestros y guías espirituales
por sus conocimientos, por mostrarme las opciones.
Gracias Luz por tu apoyo.

Nombre de archivo:	A1
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:12 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	26/04/05 09:12 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	0 minutos
Impreso el:	02/12/05 05:50 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	2
Número de palabras:	221 (aprox.)
Número de caracteres:	1,264 (aprox.)

ÍNDICE

Resumen

Introducción….……...1

Cáp. 1 ¿Qué es la Intervención en Crisis?.....5

Cáp. 2 Modelos de intervención en crisis desde la perspectiva psicológica...……..11

2.1 Modelo de Slaikeu A. Kart……...……11
2.2 Modelo de Wainrib Rubín Barbara & Bloch Ellín L... …….……....……...17
2.3 Modelo de Dixon L. Samuel …..…….……..26
2.4 Intervención en crisis en la psicología de la salud……..…….....46

Cáp. 3 Labor del psicólogo en la Intervención en Crisis y en el Centro de Intervención en Crisis (C.I.C.).....51

Cáp. 4 Centro de Intervención en Crisis A.C.(C.I.C.)…….....56

4.1 Modelo de Intervención en Crisis del CIC…….....57
4.2 Análisis y conclusiones del proceso de Intervención en Crisis en el "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" y la función del facilitador…..……72

Cáp. 5 Diez años del Centro de Intervención en Crisis (C.I.C.).....75

Análisis de resultados y Conclusiones.....123

Epílogo……..……134

Referencias……..…….139

Nombre de archivo:	A2
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	ÍNDICE
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:14 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	26/04/05 09:16 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	2 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:01 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	1
Número de palabras:	191 (aprox.)
Número de caracteres:	1,092 (aprox.)

RESUMEN

Las crisis son cambios, momentos decisivos en donde hay conflicto y tensión, llegan en etapas concretas de desarrollo o por situaciones imprevistas, toman a la persona de sorpresa sin los mecanismos adecuados para su manejo. La intervención en crisis es una técnica para ayudar a la persona a protegerse de los efectos peligrosos de una situación crítica y movilizar recursos hacia el aprovechamiento de las oportunidades para un cambio constructivo. El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia de las funciones del psicólogo en servicios de intervención en crisis. Esta propuesta surge a partir de la experiencia obtenida en el "Taller de crecimiento a partir de la crisis" del Centro de Intervención en Crisis (CIC), que tiene trece años de trabajo.

La muestra que se utilizó estuvo conformada por 644 participantes que asistieron al taller. Como instrumento se usó una entrevista estructurada de 28 preguntas, la cual es analizada. Los resultados señalan que las crisis que se presentan con mayor frecuencia son: en problemas de pareja, problemas psicológicos (depresión, ansiedad, intento suicida y soledad) y relaciones familiares conflictivas. Se concluye que la intervención en crisis ayuda a las personas a resolver y a afrontar la crisis, en un tiempo menor para el proceso de reestablecimiento y por lo tanto, con menor costo personal, social y gubernamental. También es un área de trabajo con mucha demanda, el psicólogo tiene un amplio campo de desarrollo profesional en la evaluación-diagnóstico, educación-entrenamiento, investigación, asesoría e intervención.

INTRODUCCIÓN

La salud mental puede entenderse como el ejercicio de las potencialidades para una vida personal e interacción social propios del hombre, lo cual condiciona su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite hacer frente de manera más eficaz al estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo y hacer aportaciones positivas a la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es… ”la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental” (Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. 2000-2006).

Si hablamos de salud mental también tenemos que hablar de la contraparte, la enfermedad mental. Las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención (trastorno por déficit de atención), la memoria (demencia), el pensamiento (esquizofrenia) el estado de ánimo (depresión), la sensopercepción (esquizofrenia), el aprendizaje (trastornos del desarrollo infantil) y la conducta, entre otros, que afectan de manera directa la vida y la productividad del individuo. Los trastornos mentales pueden presentarse de manera repentina, pero también paulatinamente, se desencadenan por una situación de intenso estrés pero también se presentan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna puede influir de manera determinante en la evolución de la mayoría de los trastornos, reduciéndolos significativamente, así como también la discapacidad que generan (Cohen, 2003).

Uno de los factores asociados a la enfermedad mental son los factores psicosociales. La modernidad económica tiene dos consecuencias. La primera son los grandes logros y los avances en la vida del país. La segunda son los intensos desequilibrios regionales y el crecimiento explosivo de la población, lo cual influye directamente en la calidad de vida y el bienestar de las familias y por supuesto de la sociedad (Mosca & Banchero, 2002).

Según Simington & Cargill (1996) la exposición a factores psicosociales como la inseguridad y el estrés trae consigo cambios en la salud en general. Esta situación influye de manera bidireccional en la convivencia humana, propicia la aparición y mantenimiento de diversos fenómenos sociales como la pobreza, violencia, presión en el trabajo, inseguridad, poco apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños callejeros, explotación sexual y abuso físico, entre muchos otros (Secretaría de Salud: Programa de Acción: Salud Mental. 2000-2006).

La relación entre los factores sociales y la enfermedad mental pueden ejemplificarse de diversas maneras: la depresión puede ser causada por muerte de padres, abuso sexual o por maltrato físico, entre otras. También el factor estresante social se asocia frecuentemente con el inicio de un episodio depresivo, como la pérdida del cónyuge durante el embarazo, se ha asociado a un aumento en el riesgo de presentar esquizofrenia en edad adulta (Dixon, 1987).

La Secretaría de Salud (SSA) afirma que los problemas de salud se han incrementado drásticamente en las últimas décadas en nuestro país (en: Programa de acción: Salud Mental 2001-2006). Se sostiene que los problemas mentales están entre los que más contribuyen con las enfermedades y discapacidades. Existen cifras impresionantes respecto a estas patologías, pero también un grupo muy amplio de personas que viven en situaciones extremadamente difíciles, aumentando el riesgo de ser afectados por algún trastorno mental.

En suma, existe una estrecha correlación entre los factores externos de la vida cotidiana y la evolución de los desórdenes mentales. La SSA sostiene que es necesario estimar las características y dimensiones de los padecimientos mentales en nuestro país. La importancia de los padecimientos mentales está en la estimación de que una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida algún trastorno mental, o también llamada crisis; sólo por poner algún ejemplo, 4 millones de adultos padecen depresión (Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. 2000-2006).

Los eventos estresantes o el llamado estrés postraumático, pueden causar situaciones críticas que generen desequilibrio y desorganización en la vida de quien lo vive afectando el área familiar, laboral, escolar, física, social y psicológica, alterando sus

relaciones con el entorno. Cuando esto sucede es necesario que el individuo se reorganice, en ocasiones en el deseo de readaptación se puede incurrir en situaciones poco saludables que generen un mayor deterioro psicológico que el causado por la situación estresante inicial (Bessel van der Kolk, 2002). Es aquí donde la Intervención en Crisis tiene un papel fundamental como alternativa de atención psicológica que responde a las necesidades sociales de nuestro tiempo, pues es una técnica que el especialista utiliza para ayudar a los clientes a protegerse de los efectos peligrosos de una situación crítica, lo mismo que para movilizar recursos hacia el aprovechamiento de las oportunidades para un cambio constructivo.

Los sistemas tradicionales de salud como los hospitales, clínicas, centros de salud entre otros, han reducido sus funciones y efectividad, lo que trae consigo la poca atención y paralelamente la disminución de las capacidades de las personas, familias, grupos y comunidades para enfrentar la crisis. Como se mencionó existen evidencias de que los factores psicosociales son decisivos para la óptima función en los programas de salud y acción social. La promoción del bienestar, de la salud son tareas que se deben abordar desde la perspectiva de la prevención primaria y la preparación de profesionales en esta área.

En este sentido, el Centro de Intervención en Crisis A.C. (CIC) surge como una respuesta a las situaciones estresantes, crea el "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" que permite abordar sistemáticamente una situación crítica para que la persona logre el restablecimiento en menor tiempo y con menor costo personal, social y gubernamental, reduciendo la incidencia a instituciones de salud. En el CIC el psicólogo es también un facilitador, es decir, que facilita el proceso de solución de problemas psicológicos y está ampliamente capacitado en intervención en crisis, tiene en sus manos la responsabilidad de ejercer múltiples funciones como la evaluación y el diagnóstico, intervención, investigación, asesoría, educación y entrenamiento.

El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia de las funciones del psicólogo en servicios de Intervención en Crisis. En el primer capítulo se describe que es la intervención en crisis, posteriormente se presentan algunos de los modelos más importantes en el trabajo psicológico; el tercer capítulo describe la labor del psicólogo en la intervención en crisis, en el cuarto capítulo, se presenta el modelo de intervención psicológica del CIC. Por último, se muestran los resultados de 10 años de trabajo,

recopilados a partir de mi experiencia laboral en el CIC: descripción de las características demográficas, sintomatológicas y problemas de incidencia en las personas que asisten al "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis".

Nombre de archivo:	A3
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	RESUMEN
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:16 P.M.
Cambio número:	2
Guardado el:	27/04/05 10:45 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	2 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:03 P.M.

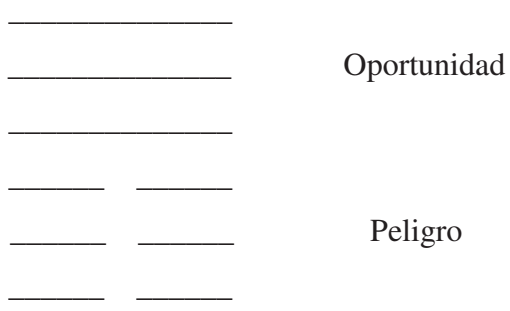
Última impresión completa

Número de páginas:	5
Número de palabras:	1,325 (aprox.)
Número de caracteres:	7,553 (aprox.)

CAPÍTULO 1

¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN EN CRISIS?

El término **"Crisis"** del griego "krinein", significa juzgar. En chino el epígrafe que define la palabra crisis significa peligro y oportunidad, se representa con tres rayas horizontales continuas seguida de tres rayas horizontales discontinuas:



El peligro se refiere a que la persona que no resuelve la crisis puede desarrollar un síndrome clínico, la oportunidad está dirigida hacia el crecimiento emocional como resultado del aprendizaje en la experiencia (Aguilera & Messick, 1978). Todas las definiciones de crisis concuerdan en definirlas como cambios, momentos decisivos y peligrosos en la evolución, en donde hay conflicto y tensión. Según González (1995) las crisis son juicios, elecciones generales, terminación de un acontecer en un sentido u otro. Esta autora afirma que la característica común de todas las crisis es su carácter súbito y en general acelerado. Las crisis humanas individuales emergen de una etapa normal o pretendidamente normal para ingresar a una fase acelerada de la existencia, llena de peligros pero también de posibilidades de evolución y crecimiento.

Las características que un evento tiene para ser considerado como crisis son:

1. La percepción del evento.
2. La desorganización de la personalidad.
3. La inefectiva resolución de problemas.

Una crisis es más que un estado de trastorno temporal; es inhabilidad en el funcionamiento efectivo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas como una consecuencia de un desorden emocional (Dixon, 1987).

Contrariamente a lo que la gente piensa, las crisis son parte indispensable en el crecimiento y desarrollo humano, son acontecimientos frecuentes en donde todo está en límite y desequilibrado. Según Caplan (citado en: Weiner, 1992) una situación de crisis ocurre "cuando una persona se enfrenta a grandes obstáculos que le impiden alcanzar sus metas que le son esenciales, y que por el momento no logra vencerlos con los métodos acostumbrados de solución de problemas". Esta situación emocional extrema puede tener severas complicaciones que el individuo no podrá manejar.

El individuo en crisis se encuentra en un estado de funcionamiento emocional debilitado, tiene reacciones individuales para percibir algunos eventos como peligrosos, los sentimientos son de "desvalido" y es incapaz de actuar efectivamente por medio de los métodos usuales. Algunas áreas de su vida están desorganizadas, presenta inefectiva resolución de problemas y está inhabilitado para funcionar efectivamente como consecuencia del desorden emocional.

Existen dos tipos de crisis las circunstanciales y de desarrollo. Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas, una de sus cualidades es que tiene una base ambiental. Las experiencias individuales como incendios, inundaciones, asaltos, violaciones, etcétera, son ejemplos de crisis inducidas por situaciones circunstanciales. Aquí también entran los sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo.

Las crisis de desarrollo son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa de crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud: conflictos escolares, problemas sexuales, dificultades en el embarazo, problemas matrimoniales, dificultades en el trabajo, insatisfacción con las metas alcanzadas, problemas de salud, etcétera. Cada etapa de desarrollo se relaciona con ciertas tareas de crecimiento, la interferencia en la realización

de éstas trae consigo una crisis. A la acumulación de sucesos críticos se le llama "crisis vitales"(Slaikeu, 1996).

La crisis se desencadena gracias a un evento precipitante, el cual siempre es percibido como una amenaza a la supervivencia, a la integridad física, o a una o más necesidades psicosociales que tienen un valor fundamental para la persona (Fiorentini, 1994). El proceso cognitivo de una persona en crisis puede empeorar si no hace consciente el evento precipitante.

El sujeto en crisis se encuentra en un estado subjetivo le atribuye un significado al evento precipitante causa de la excesiva emoción. Para Dixon (1987), la crisis no es causada por un evento, pero es una reacción hacia el evento. La reacción es determinada por la interpretación perceptual y su significado. Los eventos tienen sólo la intención que le da cada individuo, es decir, las condiciones de las crisis son subjetivas y determinadas individualmente. En suma, los eventos, la percepción, la interpretación y las reacciones en conjunto causan una crisis. Por esto puede ser sólo entendida desde la construcción de referencias sobre la experiencia individual.

La diferencia entre la persona que desarrolla una crisis y la que no lo hace, radica en los significados que le atribuye al evento, más allá de su capacidad para usar los métodos o patrones comunes de adaptación. El individuo en crisis se siente y actúa inefectivamente, de esta misma manera intenta solucionar el problema, ocurre una regresión y se incrementa el sentimentalismo. El sentimiento y la emoción dominan ante el esfuerzo, la función cognitiva se abandona, el individuo tiende a recurrir con mayor frecuencia a métodos inefectivos de afrontamiento. El sentimentalismo aumenta progresivamente igual que la inefectividad.

Caplan (citado en: Dixon, 1987) describe un progreso natural de una crisis que aún es vigente en la actualidad:

1. Desde el impacto con el evento la tensión asciende y se vuelve al ciclo "problema-solución-respuesta" sin concluirlo.
2. La falta de solución-respuesta se suma al continuo impacto de eventos estimulantes, se incrementa la tensión, los sentimientos se trastornan y se es inefectivo.
3. La tensión incrementa y otros ciclos de "problemas-solución-respuesta" son movilizados. En este punto la crisis puede impedir el seguimiento: reducción de la amenaza externa, el resultado de nuevas estrategias de aprendizaje redefiniendo el problema, o imponer objetivos inalcanzables.
4. Si esta situación continúa la tensión asciende trayendo consigo una severa desorganización emocional.

En este mismo sentido la teoría de la crisis asume que el funcionamiento social del individuo representa un continuo esfuerzo para mantener y reestablecer el equilibrio, ya que el individuo está expuesto potencialmente a trastornase por problemas de la vida. Como se menciono anteriormente, una situación que determina la crisis es la concepción que una persona tiene sobre el significado del evento, como Gordon lo llama "es una experiencia subjetiva" (citado en: Hyman, S. 1990). Por esto, la base para entender y ayudar a una persona es la construcción permanente de su realidad y/o percepción.

La crisis puede precipitarse a partir de la concepción de la situación que la desencadena y si ésta ocurra en un momento de vulnerabilidad personal, es decir, cuando la persona está bajo la influencia de eventos estresantes disminuye en calidad y cantidad el afrontamiento efectivo. Aquí, el individuo se defiende en contra de los sentimientos que provoca el evento precipitante.

Según Slaikeu (1996) la resolución de la crisis depende de tres puntos: el primero es la gravedad o potencial de la crisis en sí misma; el segundo son los recursos personales con los que cuenta el individuo para enfrentar la crisis; y el tercero son los contactos sociales con los que se cuentan en el momento de crisis.

La intervención en crisis es una respuesta a las crisis vitales, "es un proceso dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir a un proceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (daño emocional y físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas, y nuevas opciones en la vida) se maximiza" (Slaikeu, 1996, p.6).

De manera similar Dixon (1987) afirma que la intervención en crisis es un método con técnicas dirigidas por un terapeuta para cambiar o influenciar el estado emocional, mental o conductual del individuo. Las técnicas de intervención se dividen en tres categorías: a) apoyo psicológico, b) reestructuración cognitiva, y c) modificación ambiental. La intervención en crisis para Rubín (2001) "es un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas así como los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés" (p. 71).

La intervención en crisis se creó con el objetivo de atender necesidades que no se habían satisfecho, la urgencia de los problemas habían requerido acciones inmediatas para una gran cantidad de individuos, los cuales no era posible atender con los servicios tradicionales de salud (Lore, 1994). Uno de los orígenes de la intervención en crisis es el tratamiento de neurosis traumáticas durante la segunda guerra mundial. Los trastornos y el estrés en las relaciones personales y familiares, trajeron consigo la creación de servicios psicológicos de gran alcance. Se atendieron las crisis de los soldados en grandes cantidades, y posteriormente se le daba tratamiento a corto plazo antes de que nuevos patrones de conducta inadaptados surgieran. Algunos fueron hospitalizados y respondieron de forma más lenta al tratamiento (et. al). Esto comprueba que la intervención en el momento en que aparece la crisis es eficaz además de preventiva.

Cuando Lidermann en 1944 (citado en: Weiner, 1992) descubre que las repuestas ante la crisis dependen de la forma en que cada individuo maneja su aflicción, se crean las

primeras clínicas para casos de crisis. La aportación radica en que la situación de crisis es única, además existe un duelo el cual requiere de un proceso, demostró así poder ayudar al individuo durante esta etapa. El duelo es el sentimiento experimentado por haber perdido algo o a alguien, se manifiesta como soledad, aislamiento y desamparo (Brito, 1994 & Rothschild, A. [citado en: Hyman, 1990]). La intervención en crisis tiene como objetivo llenar este vacío y se enfoca hacia la expresión de sentimientos y experiencias internas de la persona relacionadas con el evento o eventos que provocan el desajuste (Gómez del campo, 1994 b). Otro de los orígenes de la intervención en crisis fue la prevención del suicidio. Ésta es una de las formas más evidentes de crisis, por lo cual se creó en Gran Bretaña el movimiento de prevención de suicidio en el año de 1953 (Weiner, 1992). Posteriormente en 1958 en Los Ángeles se creó el primer centro para la prevención del suicidio con atención telefónica las 24 horas, donde se atiende durante todo el año las 24 horas de forma inmediata y personal a cada uno de los individuos que lo requieran. Finalmente, el último de los cuatro puntos más importantes en el origen de la intervención en crisis fue el movimiento de las clínicas gratuitas en los Estados Unidos. El objetivo de estas instituciones fue proporcionar asistencia para el manejo de la crisis a la persona que no contaban con ninguna otra ayuda, además de ofrecer servicios de información, canalización y referencia (Gómez del Campo, 1994 b). Se atendió a las personas con horarios tradicionales, posteriormente se proporcionaba apoyo psicológico y psicoterapia breve de urgencia durante las 24 horas del día.

En síntesis, son varios los factores que han contribuido al desarrollo de la intervención en crisis, sus orígenes son diversos, con dificultades inherentes a todo procedimiento novedoso para ayudar al ser humano, sin embargo, en la actualidad es un tratamiento viable y útil que ha generado beneficios inesperados.

Nombre de archivo:	A4
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	CAPÍTULO 1
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:24 P.M.
Cambio número:	2
Guardado el:	27/04/05 10:42 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	3 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:03 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	6
Número de palabras:	1,731 (aprox.)
Número de caracteres:	9,870 (aprox.)

CAPÍTULO 2

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

En el campo de la intervención en crisis se ha considerado valioso generar herramientas didácticas y expresar ideas sobre el proceso de intervención, como punto de partida para saber cómo ayudar a una persona a través de la crisis y para facilitar el proceso de enseñanza. Los modelos que aquí se mencionan han sido materia de rigurosa investigación, su reaparición en la bibliografía clínica da fe de su poder de permanencia, es decir, han sido validadas, además de que cada uno añade alguna nueva concepción. A continuación se presenta una breve descripción de aquellos modelos que para nuestros fines consideramos más relevantes.

2.1 Modelo de Slaikeu A. Karl.

La intervención en crisis según Slaikeu (1996) comprende dos fases: la primera es los Primeros Auxilios Psicológicos o también llamada intervención de primer orden. Consiste en brindar apoyo físico y psicológico por el personal que tenga contacto con la víctima, puede ser un policía, un paramédico, un sacerdote, etcétera. La duración puede ser desde unos cuantos minutos hasta algunas horas. La segunda fase es la terapia para crisis o intervención de segundo orden, la cual tiene como objetivo facilitar la resolución psicológica de la crisis teniendo como duración desde unas cuantas semanas hasta algunos meses.

Según Slaikeu (1996) un modelo amplio para la intervención en crisis debe distinguir entre las técnicas, la extensión del tratamiento, el ofrecimiento de servicios específicos, metas, y entrenamiento. A continuación se describe su propuesta:

Primeros auxilios psicológicos o intervención de primer orden.

El objetivo es ayudar a la persona a enfrentase con la crisis, que controle sus emociones e inicie un proceso en solución de problemas. La estrategia de acción es:

1. Proporcionar apoyo: el cliente debe sentir que no está sólo, que existen personas para ayudarlo a sobrellevar su problema.
2. Reducir la mortalidad: se refiere al cuidado de la vida, prevención de daño físico y psicológico, considerando las medidas necesarias para que el cliente no se haga daño.
3. Proporcionar enlace con fuentes de asistencia: se realiza una evaluación de las necesidades inmediatas y prioritarias, posteriormente se remite a otro profesional o a una institución adecuada.

El proceso de los *primeros auxilios psicológicos* se basa en cinco actividades:

1. Contacto psicológico.

El objetivo de esta actividad es que el cliente se sienta comprendido, aceptado, reducir la ansiedad y empezar la solución de problemas. La tarea principal es escuchar como la persona en crisis visualiza la situación y se comunica. Se facilita el habla, se sintetizan los hechos, los sentimientos, y se efectúan declaraciones empáticas, de tal modo que el cliente perciba interés a través de la comunicación.

2. Evaluación del problema.

El objetivo de esta actividad es jerarquizar las necesidades, es decir, qué conflictos tienen que manejarse inmediatamente y cuáles pueden dejarse para después. Se investiga acerca del pasado, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato refiere a la situación que produjo el estado de crisis, es decir, el incidente específico. Se evalúa de acuerdo con el funcionamiento CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, y Cognoscitivo). Se investiga sobre las habilidades que ha desarrollado el cliente en cada una de estas áreas. El área *conductual* refiere a la actividad que en ese momento la persona en crisis tiene, es decir, el trabajo, ejercicio, descanso, dieta, comportamiento sexual, etcétera. El *afectivo* incluye los sentimientos acerca de cualquier comportamiento arriba citado. El área *somática* se refiere al funcionamiento

físico en general, la presencia o ausencia de dolores o malestares, etc. El *interpersonal* refiere a las fortalezas y problemas en las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo, etcétera. Y por último el área *cognoscitiva* se refiere a las representaciones mentales, autoimagen, las metas, la filosofía de vida, los delirios, sueños, y alucinaciones, entre otros. La crisis se caracteriza por la desorganización de una o más áreas (Slaikeu, 1996). El presente inmediato se refiere a las fortalezas y debilidades que en este momento el cliente tiene, los recursos personales (habilidades), y los recursos sociales (red social de apoyo) con los que cuenta. El futuro inmediato se refiere a las decisiones que el cliente debe de tomar para las próximas horas, el fin de semana, o las próximas semanas.

3. Análisis de las posibles soluciones.

El objetivo de esta actividad es identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas o posteriores. Se indaga acerca de lo que el cliente ha hecho hasta ahora, acerca de lo que puede o podría hacer y se redefinen las alternativas.

4. Ejecución de la acción concreta.

El objetivo de esta actividad es ejecutar soluciones inmediatas para satisfacer necesidades inmediatas. El cliente hará lo que sea capaz de hacer. Se tomará una posición de "convenio", es decir, una actitud facilitadora. Si el cliente no está en condiciones, el asistente tomará las medidas necesarias de acuerdo y dentro de las leyes existentes en ese lugar. Resulta necesario mencionar que antes de tomar cualquier acción directiva se deben evaluar los riesgos y fines de tal decisión. En el caso de un suicida el personal de apoyo acuerda con el suicida no llevar un arma cargada en la cajuela de su vehículo en ese preciso momento, éste se ofrece a ir con él al estacionamiento después de la sesión y transferir el arma a la cajuela del auto del personal de apoyo.

5. Seguimiento.

El objetivo de esta actividad es la retroalimentación y lograr las metas planteadas en los primeros auxilios psicológicos. Se establece un procedimiento que permita el seguimiento de la acción del cliente. Un ejemplo en donde se proveé de los

primeros auxilios psicológicos es en los intentos de suicidio. La tarea clínica es evaluar las emociones de la persona en crisis y la situación de su entorno, para acordar el aplazamiento del homicidio. Se induce al cliente a posponer las situaciones irreversibles, y se toman en cuenta los riesgos presentes para la ejecución de un plan adecuado (Slaikeu, 1996).

La actividad específica del especialista en crisis es actuar en las etapas iniciales de la crisis, es decir, se dirige a reconocer la amenaza del suicida/homicida y detecta la situación que se pretendía "resolver". Se identifican los sentimientos ambivalentes del cliente, analizando las alternativas para las necesidades inmediatas y posteriores. Cuando la mortalidad es alta el asistente adopta una actitud más directiva, se acuerda con la persona suspender el suicidio durante los próximos días, desechando los medios con los cuales piensa ejecutar la acción (cuchillo, pistola, pastillas, etcétera). La mortalidad se reduce si ya no se cuenta con los medios para culminar el hecho, el objetivo es ganar tiempo; cuando el cliente no puede tomar este tipo de decisiones, se debe comprometer a otras personas del medio social inmediato, como familiares o amigos para la toma de decisiones.

Intervención de segundo orden o terapia para crisis

El especialista en crisis da los primeros auxilios psicológicos, tiene que ayudar a la persona a dirigirse hacia el afrontamiento con la terapia para crisis o *intervención de segundo orden*. Esta tiene como meta que la persona procese el incidente de modo que se integre de manera funcional en su vida "cotidiana", es decir, que esté abierto para hacer frente al futuro.

El objetivo terapéutico de la intervención de segundo orden es ayudar al cliente a:

1) sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis
2) identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis
3) obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis
4) realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis

A continuación se explican:

1. Supervivencia física.

Tiene como objetivo que el cliente conserve su vida y su salud física. Las estrategias terapéuticas son: dar los primeros auxilios psicológicos antes ya mencionados, averiguar acerca de condiciones como la nutrición y manejo de técnicas de relajación.

2. Expresión de sentimientos.

El objetivo es asistir al cliente para que exprese de alguna manera socialmente aceptable, los sentimientos que acompañan a la crisis, para posteriormente canalizarlos. A partir de esto se discute el incidente, se enseña a la persona acerca de los sentimientos en el ámbito psicológico y la importancia de su expresión adecuada.

3. Dominio cognoscitivo.

La meta es que el cliente tenga una visión más objetiva acerca de su situación presente, es decir, acerca del incidente precipitante. El objetivo implica reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones, imágenes y sueños que se han destruido por el suceso precipitarte. Este punto es una de las premisas básicas de la intervención, es aquí en donde se desarrollan los mecanismos por los cuales los acontecimientos se tornan en crisis. Debe de comprender el significado que tiene para él, cómo entra en conflicto con las expectativas, mapas cognoscitivos, metas vitales/sueños, y creencias religiosas

4. Adaptaciones conductuales interpersonales.

La tarea consiste en que el cliente haga cambios en su vida cotidiana, es decir, en el trabajo, desempeño de un rol, y relaciones con las personas allegadas a la crisis. Para esto se necesita reflexionar con él los cambios que se requieren en cada una de las áreas principales. La fase de intervención de segundo orden también involucra la atención en las cinco áreas del funcionamiento CASIC, ya que tienen efecto directo sobre la salud. El objetivo del modelo es evaluar las áreas identificando el efecto que la crisis provocó en cada una de ellas; así como, proponer alternativas de solución

Es importante identificar/clarificar qué paso para que se desencadenara la crisis, cuándo ocurrió el incidente y quién estuvo implicado. A partir de esto se hace un

resumen de los problemas del cliente, se examina el entorno y se determina el efecto de la crisis en la familia y en el grupo social inmediato. Implica evaluar la percepción de la comunidad acerca del evento traumático, y de qué manera esto puede desencadenar otra crisis.

Es necesario hacer una breve historia de cómo el cliente ha resuelto crisis anteriores para apreciar la desorganización y el desequilibrio que siguen a un incidente precipitante particular. Según Slaikeu (1996) la valoración del funcionamiento CASIC de la persona inmediatamente anterior a la crisis, incluye el énfasis en los siguientes puntos:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas.
2. Los recursos personales y sociales más evidentes.
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento.
4. Conflictos sin resolver o asuntos inconclusos que pudieran desencadenarse por el incidente de crisis.
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida.
6. La etapa de desarrollo previa a la crisis.
7. Excedentes y deficiencias en cualquiera de las modalidades CASIC.
8. Estructuras para lograr las metas.

9. Ajuste entre el estilo de vida y la red social de apoyo (la familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad).
10. Otras tensiones anteriores al incidente de crisis.

Con base en esta valoración se determinan las expectativas y metas del individuo que se perdieron por la crisis en cada una de las cinco áreas CASIC. Es importante poner atención en las áreas que no se afectaron, ya que éstas pueden servir de apoyo a las afectadas.

2.2 Modelo de Wainrib Rubin Barbara & Bloch Ellin L.

La autora presenta un tipo de intervención en crisis que se basa en dos modelos, el primero es el de la respuesta de Relación-Evaluación-Remisión, y el segundo es la

adaptación del continuo de dilatación-constricción de Lillibridge & Klukken, 1978 (citado en: Wainrib, R. B. & Bloch, E. L.1998).

Respuesta de Relación-Evaluación-Remisión

Los factores de relación se dividen en dos tipos: A. actitudinal y B. técnico. Los aspectos actitudinales se llevan a cabo en la relación, la evaluación y la remisión. El factor técnico se refiere a la definición del problema y su resolución, la acción y las actividades, la aproximación a las redes de apoyo, entre otras, las cuales se explicaran posteriormente.

A continuación se presenta un esquema general del modelo:

RELACIÓN

A. Relación actitudinal

1. Establezca la relación inicial y cree un ambiente seguro.
2. Ajuste la aproximación y la relación en base al continuo de dilatación-constricción (figura A); estimule las relaciones emocionales en el caso de constricción y las expresiones cognoscitivas para la dilatación.
3. Compruebe sus propias reacciones ante la situación y cliente.
4. Marque apropiadamente el ritmo y modifíquelo si fuera necesario (reflejo-ritmo-cambio).
5. Valide y normalice.
6. Respete las diferencias individuales y culturales.
7. Cree un clima de esperanza.
8. Evite trivializar.
9. Sea consciente de la sugestionabilidad.

B. Relación Técnica

1. Refuerce las capacidades del cliente e incremente su autoestima.
2. Estimule la auto-confianza.
3. Defina el rol terapéutico.

4. Defina claramente el problema y desarrolle la resolución de problemas.
5. Explore las anteriores habilidades de afrontamiento del cliente para reforzar la auto-imagen.
6. Enseñe una nueva habilidad, mecanismo de afrontamiento o aproximación.
7. Planifique conjuntamente las actividades.
8. Apoye.

EVALUACIÓN

1. La urgencia.
2. La severidad.
3. La adecuación a la respuesta.
4. El estado previo a la experiencia.
5. Los recursos.
    a. Internos.
    b. Externos.
    c. Comunitarios.
    d. Espirituales.
6. Grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos.

REMISIÓN

1. Recursos comunitarios.
2. Otros profesionales.

A continuación se describe el modelo.

Relación actitudinal

Se refiere a la posición que el profesional debe mantener, es decir, en el contacto inicial debe de tranquilizar y validar, ser cálido y respetuoso para guiar hacia soluciones realistas.

1.Establezca la relación inicial y cree un ambiente seguro.

El terapeuta debe de mostrar empatía, apoyo incondicional, calidez y no juzgar. En este primer contacto la exploración debe ser rápida y eficaz, ya que se sufre de gran dolor y existen muchos riesgos. Se debe mantener una posición comprometida y activa en la relación, requiriendo así el acceso a un amplio rango de habilidades para contactar y colaborar rápidamente con el cliente. Para ser eficiente se pueden emplear técnicas como la Gestalt, Bioenergética, Psicodrama, etcétera.

2. Ajuste la relación con base al continuo de dilatación-constricción.

Este continuo nos permite reconocer las diferentes respuestas ante las crisis y hacerle frente a cada una de ellas. En la dilatación se necesita una clarificación del pensamiento, la identificación del problema y ayuda para organizar un enfoque destinado a controlar los sentimientos y concentrarse en ellos. En la constricción se necesitan alternativas viables para expresar los sentimientos, y la estimulación para empezar la resolución del problema.

A continuación se presenta un esquema del continuo:

Las características en el **nivel cognitivo** de una persona en crisis recorren la gama que va desde:
la dilatación---------- hasta ----------la Constricción.

Características de la dilatación:	Características de la constricción:
-Pensamientos desorganizados.	-Precupación por el problema.
-Pensamientos caótico.	-Repetición de pensamientos.
-Gran confusión.	-Obsesión.

Y se necesita por parte del asistente:

Dilatación:	Constricción:
-Clarificar el pensamiento.	-Sugerir alternativas viables.
-Específicar .	-Trabajar en la solución.
-Identificar el problema.	

En el **nivel afectivo** las carácterísticas son :
Dilatación----------Constricción.

-Emoción excesiva, no hay un intento por controlar la expresión emocional.	-Contención de la emoción.

Y necesita por parte del asistente:

Dilatación:	Constricción:
-Intentar enfocar los sentimientos específicos.	-Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma.
-Trabajar con material cognitivo.	

En el **nivel conductual** las características son :
Dilatación----------Constricción.

-Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona.	-Paralización. -Inmovilización. -Retirada.

Y necesita por parte del asistente:

Dilatación:	Constricción:
-Resolución de problemas orientados a la realidad.	-Ayuda para estimular la actividad y hacer cosas.

Figura A. Continuo de dilatación-constricción de Lillibridge y Klukken, 1978
(citado en: Wainrib, R. B. & Bloch, E. L. 1998).

3. Compruebe sus propias reacciones ante la situación y el cliente.

Se refiere a la postura que el asistente mantiene con respecto a la problemática del cliente. Los profesionales necesitan adaptar un mecanismo por el cual exploren sus propias reacciones, ya que podrían maximizar, minimizar o incluso identificarse excesivamente con la situación. Se debe mantener un límite entre las reacciones que pertenecen al cliente y lo que pertenece al asistente.

4. Marque apropiadamente el ritmo y modifíquelo si fuera necesario.

En una situación de crisis las citas con el cliente pueden ser en cualquier lugar, en la sala de un hospital, en el lugar del desastre, en un funeral, en la casa del cliente, etcétera, lo que trae consigo variables inesperadas (por parte del cliente, del asistente, de terceras personas o del medio ambiente) que pueden alterar el ritmo de la sesión; por lo cual es de suma importancia que se esté muy atento acerca de los movimientos que lleva el cliente y la manera en cómo se expresa sobre la situación crítica, hay que ir siguiéndolo y modificando la situación paulatinamente, si así se requiere. Se sugiere poner en práctica el concepto reflejo-ritmo-cambio (RRC), que se refiere a *reflejar* de forma apropiada la reacción del cliente, asumiendo el *ritmo* adecuado, y facilitar el *cambio* hacia una respuesta eficaz.

5. Valide y normalice.

El terapeuta debe ayudar al cliente a reflexionar sobre su relación ante la crisis. La idea es, la situación no es cotidiana, es anormal, pero el cliente sigue siendo una persona normal reaccionando ante la situación, lo que las autoras llaman "normalizar la situación". Validar se refiere a valorar los sentimientos de los clientes y reducir su temor de verse y sentirse como personas anormales. Se debe proporcionar apoyo para que el cliente afronte la situación, acepte comprensivamente sus sentimientos, los experimente, los exprese y los haga válidos.

6. Respete las diferencias individuales y culturales.

Se refiere a comprender y respetar cómo se reacciona ante la crisis, las diferencias culturales, de grupo, los valores de la clase social, las preferencias sexuales, las costumbres, etcétera. El trabajo del asistente es identificar que tanto se desvía la conducta del cliente con respecto a su grupo y/o medio ambiente, valorar si su conducta es una reacción común ante la crisis, si es desviada o desajustada.

7. Cree un clima de esperanza.

El asistente debe crear un clima de esperanza reforzando los pensamientos positivos o reestructurando una nueva posibilidad en la vida del cliente. Éste debe tener claro que la crisis por la que está pasando es un proceso y juntos irán trabajando en nuevas alternativas.

8. Evite trivializar.

Trivializar es muy debilitante para el cliente, se minimizan sus necesidades emocionales y se resta importancia a su dolor. Hay que tener claro que no podemos desaparecer el sufrimiento del cliente, debemos reconocerlo, hacerlo real y así incluir la percepción en la realidad.

9. Sea conciente de la sugestionabilidad.

La crisis trae consigo que las personas sean altamente sugestionables. Una idea consciente de un resultado potencialmente negativo puede crear la esperanza y la posibilidad de que se desarrolle dicho resultado. Por ejemplo, si se le dice al cliente que su terapia durará tres meses, puede ser que debido a la sugestión y creación de expectativas la terapia dure tres meses. Podemos estar preparándolos para sentirse mal por más tiempo del que pudiesen necesitar. Debido a esto se necesita ser honesto y no "calcular" ninguna situación.

<u>Relación Técnica</u>

1.Refuerce las capacidades del cliente e incremente su auto-estima.

En situaciones límite es común que nos percibamos negativamente, suelen presentarse remordimientos por la auto culpa, y el autoestima puede estar muy baja. El trabajo del clínico consiste en identificar-recuperar capacidades positivas y reforzarlas. El cliente debe contactar con sus habilidades, con la persona funcional.

2. Estimule la auto-confianza.

Bajo condiciones de estrés la dependencia puede presentarse fácilmente, pero a la larga la autoestima baja. Cada logro independiente refuerza las capacidades del individuo y lo hace más fuerte ante crisis posteriores.

3. Defina su propio rol.

Debe quedar claro tanto para el cliente como para el terapeuta, que es lo que éste último puede resolver o no. El trabajo del terapeuta es el de guía, es un experto en el proceso y nada más.

4. Defina claramente el problema y desarrolle la resolución.

A partir del análisis del continuo dilatación-constricción, se clarifica el problema. Se determina cuales son las necesidades prioritarias, se examinan las alternativas y soluciones del problema. El cliente debe saber lo que necesita hacer durante las siguientes horas, el fin de semana o las próximas semanas y posteriormente se exploran alternativas.

5. Explore las anteriores habilidades de afrontamiento del cliente para reforzar la auto-imagen.

El objetivo es conocer las potencialidades y recursos del cliente, para que posteriormente ellos las reconozcan y las apliquen a su situación actual. Cuando estamos en crisis no podemos reconocer las habilidades que hemos desarrollado a lo largo de nuestra vida, y que han sido muy exitosas. En esta situación, necesitamos de la ayuda de otros, (pueden ser: red social de apoyo, el asistente o ayuda terapéutica) para recordarle al cliente que es una persona valiosa y que vale la pena continuar.

6. Enseñe una nueva habilidad, mecanismo de afrontamiento o aproximación.

El cliente debe llevarse alguna enseñanza al finalizar el primer contacto con el asistente. Debe sentir que ha hecho algo concreto, que ha habido alguna modificación en la experiencia. Se puede ayudar proporcionando información adicional, o aplicando en este momento algunas de las capacidades que se han mencionado en el punto anterior.

7. Planifique conjuntamente las actividades.

El cliente debe ser lo más activo posible, esto ayuda a normalizar su vida, a traer mayor energía, y confianza en sí mismo. La planificación conductual, durante los días venideros o el fin de semana es muy importante, más aún para los casos suicidas; aquí se debe implicar a la red social de apoyo para diseñar un plan de actividades.

8. Apoye

El cliente debe aceptar su necesidad de ser apoyado y el apoyo que en ese momento está disponible. El apoyo es el acceso a una relación necesaria en un momento determinado. Existen varios tipos de relación, la casual, la informativa o instrumental y la validadora, íntima o espiritual. El asistente debe mantenerse informado acerca del contacto con el apoyo y del uso que le dé a éste. Él puede funcionar como apoyo, y cuando el potencial suicida es alto debe estar disponible en cualquier momento.

EVALUACIÓN

Se deben evaluar los seis puntos mencionados anteriormente.

REMISIÓN

Se tiene disponible una lista de los recursos comunitarios como: consejeros matrimoniales, abogados, grupos de apoyo, referencias religiosas, redes interpersonales, etcétera. Si es necesario se debe ayudar al cliente a contactar con las organizaciones y remitirlo con un profesional apropiado.

Además de toda su propuesta Wainrib, R. B. & Bloch, E. L. (1998) recomiendan algunos puntos que son básicos durante la intervención en crisis:

- Ayuda al terapeuta: las personas que trabajan con crisis están propensas a sufrir algún trauma, es decir, están bajo un efecto transformador acumulativo debido al trabajo con los supervivientes de eventos vitales traumáticos. Debido a esto es importante que el terapeuta tenga acceso a recursos que el mismo recomienda: un sistema de apoyo, un terapeuta, la supervisión, o ejercicios de reducción de estrés entre otros.

- Información: La información es educar sobre el origen del evento traumático, las reacciones emocionales y conductas anticipadas. El objetivo es reforzar el conocimiento ya existente y las habilidades de afrontamiento. Puede ofrecerse información sobre las reacciones psicológicas normales, consejos para afrontar la crisis, y sobre la disponibilidad de ayuda psicológica entre otros.
- Educación y entrenamiento: Debe estar disponible a los grupos de proveedores de servicios responsables de interactuar y atender las necesidades inmediatas y a largo plazo de las víctimas. Estos grupos pueden ser: la Cruz Roja, el Ejercito de Salvación, médicos, departamento de policías, bomberos o grupos religiosos, entre otros.

- Consulta: Pueden ofrecerse servicios de consulta a organizaciones y agencias comunitarias o medios de comunicación. La consulta permite dar a conocer la ayuda técnica, entrenamiento de personal y asistencia para proyectos específicos.

2.3 Modelo de Dixon L. Samuel.

Proceso y técnicas de intervención en crisis.

El objetivo es enfocarse en el evento precipitante, específicamente en los sentimientos, su significado y las circunstancias relacionadas con éste, así, se reactivan algunas emociones que estaban contenidas. La intervención en crisis es un proceso general secuencial o ciclo, el cual puede variar de acuerdo a la persona o situación. Comienza cuando un cliente solicita ayuda para resolver un problema significativo que él sólo no puede resolver.

En la primera entrevista el cliente puede manifestar cualquier reacción común de la crisis:(a) ansiedad, depresión, temor, preocupación, angustia; o (b) sumergirse o retroceder en la emoción intensa, manifestando sólo los efectos, es decir, sintiendo impotencia e inhabilidad para actuar. En la relación terapeuta-cliente siempre debe existir empatía, aceptación y entendimiento. El terapeuta debe enfocarse a explorar los hechos, sentimientos y significados asociados con el evento precipitante, poniendo atención en dos situaciones básicas: a) la idea central del cliente y b) su significado. El objetivo es comenzar a reunir información acerca del problema nuclear y el significado inconsciente de la crisis. En este punto es necesario tomar en cuenta que, una experiencia pasada puede hacer más vulnerable y sensible a la persona ante la amenaza de la pérdida en el presente.

Siguiendo la evaluación y descubriendo el problema nuclear, el terapeuta proporciona al cliente retroalimentación en todo momento, usando técnicas de facilitación y restauración cognitiva. Se ofrecen planes de acción, con esperanza y optimismo, pero siempre siendo cuidadosos y reales.

Regularmente, después de discutir el evento precipitante y explorar la emoción asociada con éste, el cliente recupera considerablemente el equilibrio y sus funciones cognitivas, es decir, está más tranquilo, tiene mayor apertura y conciencia. Posteriormente, se requiere discutir acerca de los sentimientos presentes, comportamiento y acciones tomadas. El terapeuta define el problema, las consecuencias y hace evidente el cambio que haya tenido el cliente en la percepción, es decir, explica el proceso del cliente de forma sencilla y concreta; la evolución, pasado, presente, y sus resultados. El cliente empieza a tomar fuerza, la cual se manifiesta. Cuando los efectos debilitantes tienden a disminuir, el funcionamiento psicosocial asciende, esto es indicador de que la terapia de crisis está a punto de finalizar. En la última etapa se discuten las habilidades que el cliente tiene, el procedimiento para manejar futuros problemas y se planea el seguimiento.

Pasos para trabajar con personas en crisis.

El trabajo con personas en crisis se divide en dos partes:

1. Proceso intelectual.
2. Proceso empático.

El objetivo del proceso intelectual es usar el conocimiento y las habilidades para ayudar a un individuo a resolver la crisis y mejorar su funcionamiento social. El objetivo del proceso empático es concientizar al cliente de su vulnerabilidad y de su necesidad de ayuda.

El proceso intelectual es complejo, ya que ocurre al mismo tiempo que el proceso empático. Se lleva a cabo paralelamente entre terapeuta y cliente, ambos piensan y reaccionan al mismo tiempo. Para desarrollar el proceso intelectual es necesario conocer los pasos del procedimiento, estos nos guían hacia un mapa cognitivo para la intervención. Las técnicas de intervención representan un continuo de interacción. A continuación se presentan y posteriormente se explican los nueve pasos que sugiere Dixon (1987) para ayudar a personas en crisis:

1. Establecer rápidamente una relación constructiva.
2. Provocar y animar la expresión de sentimientos de dolor y emociones.
3. Discutir el evento precipitante.
4. Evaluación y diagnóstico.
5. Formular una explicación dinámica.
6. Reestablecer el funcionamiento cognitivo.
7. Diseñar el proyecto y herramientas de tratamiento.
8. Finalizar.
9. Seguimiento.

A continuación se explican:

1. Establecer rápidamente una relación constructiva.

El objetivo en esta etapa es que el terapeuta sea una persona atenta y que trate al cliente como un ser humano. Establecer rápidamente una relación constructiva es alcanzar aceptación del cliente, comunicar la aceptación, comunicar eficazmente con conductas verbales y no verbales; proyectar un interés sincero, ayudar naturalmente al cliente, sentirse seguro de sí mismo para entender y ayudar. El cliente debe sentirse

cómodo con el terapeuta y hablar libremente. Un signo de buena relación, son los sentimientos positivos mutuos y la identificación con el terapeuta, especialmente con los objetivos terapéuticos. Cuando se crea una buena relación hay aceptación y se modifica la autoestima.

El tiempo entre la crisis y la petición de ayuda o la intervención en crisis varía enormemente. Aquí el cliente tiene una gran oportunidad para distorsionar y confundir sus emociones, pensamientos y por ende el evento precipitante. Durante este tiempo al individuo en crisis le cuesta mucho trabajo resolver sin ayuda.

La persona en crisis está sufriendo, tiene dificultades para resolver sus problemas, pero también tiene sentimientos acerca del cambio extraño por el que está pasando. Está asustado y desesperado, no tiene dominio ni control sobre sí mismo, su autoestima es baja. El terapeuta tiene que ser sensible y facilitarle al cliente reflexiones sobre su situación. Lo más importante es que el terapeuta empatice con los sentimientos del cliente, con las condiciones de impotencia y el grado de debilitamiento. Algunas personas en crisis buscan ayuda para sentir que tienen un pronóstico optimista. El profesional en crisis debe ser capaz de parar la aflicción del cliente y aclarar que es lo que busca. Algunas situaciones que pueden ser obstáculo son: ideas preconcebidas acerca del terapeuta o que éste último trabaje muy rápido. La clave es aceptar al cliente como es, no juzgarlo (ni en actitud y ni en conducta), es decir, empatizar con él.

2. Provocar y fomentar la expresión de sentimientos de dolor y de las emociones.

El objetivo terapéutico es animar y guiar la expresión de sentimientos hacia el pensamiento ordenado. El terapeuta va guiando con preguntas comprensivas, esto ayuda a entender el significado y los cambios reales o figurativos del discurso. Facilita la empatía y brinda elementos para que se relacione e identifique con el cliente. Es el momento de hablar ampliamente sobre el evento precipitante. Los aspectos dolorosos o significativos sobre la vida del cliente son manifestados exhaustivamente. El cliente está visiblemente afectado cuando se entra "oficialmente" en esta parte de la terapia; llora, se enoja, es grosero, está muy perturbado o depresivo. Lo más positivo es que hable y manifieste todas sus emociones en una atmósfera comprensiva y sin juicios.

Regularmente la expresión de sentimientos es muy superficial, así que el terapeuta tiene que buscar la expresión profunda y asertiva, antes de intentar su comprensión.

Licitar y fomentar los sentimientos dolorosos trae consigo el dominio de estos. Una exhaustiva expresión de emociones también facilita el restablecimiento de autoestima y el comienzo de la restauración cognitiva.

En este momento de la intervención, lo ideal es clarificar: esta técnica es parte muy importante del proceso para resolver la crisis. El terapeuta con sus preguntas hace una relación causal para entender mejor lo que el cliente siente, así se inicia la reestructuración cognitiva. Esto brinda información sobre la evaluación, el diagnóstico y explora los sentimientos disponibles. Las técnicas usadas durante la clarificación son ventilar, licitar, clarificar, cuestionar, explorar y escuchar. Existen casos en donde la persona en crisis no puede enfrentar lo sentimientos dolorosos, y quiere evadir por medio de la negación o represión. Aquí, el uso de la sugestión, el compromiso y la generalización pueden ser útiles. Esta situación es muy compleja, requiere paciencia y la capacidad de tolerar los sentimientos dolorosos.

3.Discutir el evento precipitante.

El objetivo de la discusión sobre el evento precipitante es guiarnos hacia el origen de la crisis. La discusión del evento precipitante empieza después de la expresión de sentimientos dolorosos y emociones. Estos sentimientos son una parte integral en la sesión terapéutica. La manera en que se describen las dificultades es más importante que las palabras usadas. Aquí se recurre al lenguaje corporal que ayuda a entender el funcionamiento psíquico.

La teoría de la crisis afirma que el funcionamiento social es un continuo de actividad para mantener y reestablecer el equilibrio afrontando diariamente los eventos externos e internos. Este proceso homeostático es alcanzado mediante el exhaustivo funcionamiento del sistema psíquico del individuo, manteniendo mecanismos de afrontamiento específicos y patrones habituales de adaptación. Sólo cuando el evento es percibido como amenazador, el individuo no puede arreglárselas efectivamente como lo había hecho antes de encontrarse con la crisis. El terapeuta debe investigar qué tipo de

evento es, cuándo ocurrió, cómo ocurrió, las circunstancias con las que está relacionado y toda la información relevante sobre el evento para entender la crisis. Es importante saber como el cliente contribuye a que ocurra el evento precipitante y qué significa esto para él.

Se indaga cómo se ha tratado de resolver la crisis y cómo la ha afrontado desde su comienzo. Es importante identificar el motivo que lo lleva a buscar ayuda, por que los beneficios terapéuticos giran al rededor de los significados y las circunstancias del evento precipitante. Toda esta información trae consigo libertad emocional, facilita la reestructuración cognitiva y el diagnóstico-evaluación para el futuro. Determinar el evento precipitante algunas veces no es fácil, se requiere investigar mucho, especialmente cuando el individuo mantiene una serie de eventos significativos al mismo tiempo o en sucesión.

En casos con múltiples eventos, el terapeuta tiene que investigar cual fue el primero que suscitó la crisis; con una adecuada exploración y clarificación de sentimientos se puede llegar al origen. El evento más importante para el cliente se refleja afectando el presente y sus sentimientos, pero usualmente el individuo no lo ha identificado. El terapeuta tiene que identificarlo, manifestarlo y discutirlo junto con sus circunstancias, las cuales comúnmente se presentan semanas atrás.

Información histórica.

La información histórica nos brinda el funcionamiento psicosocial del individuo, es la recopilación de sentimientos, experiencias y consecuencias acerca del pasado del cliente. Ayuda a entender la personalidad básica del individuo, la relación entre el pasado y presente, y a conformar el diagnóstico-evaluación. El terapeuta debe asociar toda esta información y relacionarla con la crisis y su significado. La exploración exhaustiva y la reunión de información da al terapeuta respuestas a: qué, cuándo, dónde, cómo, en qué circunstancias, factores que intervinieron, la relación con el cliente, la manera hasta entonces de afrontar la situación, formas pasadas de afrontamiento, cómo ha manejado otros problemas en su vida, cuál es la diferencia ahora, etc. La respuesta a estas preguntas le da al terapeuta una extensa información acerca de la naturaleza del evento precipitante y de la calidad en el funcionamiento comportamental del individuo bajo circunstancias específicas.

4.Evaluación y diagnóstico.

El objetivo de la evaluación-diagnóstico es realizar conclusiones respecto a la causa de la crisis, el grado de debilitamiento y el potencial para su recuperación. La evaluación y el diagnóstico comienzan desde el primer contacto con el cliente y oficialmente después de realizar los tres pasos antes descritos.

Determinando la causa de la condición de crisis.

La causa de la crisis no está especificada en el evento precipitante, pero reacciona a éste. El primer paso es identificar el problema nuclear que es diferente al evento precipitante y la situación presente. El problema nuclear es la causa de que el individuo reaccione al evento precipitante; sin embargo, el cliente no conoce el significado personal del evento precipitante, es decir, el problema nuclear. Aquí se localizan la conducta y las manifestaciones afectivas de la persona en crisis.

Para encontrar el problema nuclear es necesario identificar el significado de la reacción hacia el evento precipitante. Aunque puede haber muchos significados en algunas situaciones el evento precipitante reactiva conflictos olvidados. Cuando esto pasa, el individuo reacciona a la crisis actual de la misma manera que reaccionó al conflicto antiguo. El evento precipitante es el camino por el cual el cliente percibe y reacciona a la situación presente. Esto es necesariamente una vista subjetiva del dolor, la cual es contaminada por un debilitamiento cognitivo, por un desorden de la percepción al igual que por una confusión emocional al tratar de resolver sólo la crisis.

Es importante tomar en cuenta que todas las reacciones de crisis son manifestadas con ansiedad, depresión, y sus derivados. La depresión tiene diferentes orígenes:

a. La pérdida o amenaza de pérdida del objeto de amor o el valor del ego.
b. La pérdida o amenaza de pérdida de la autoestima.

c. El fracaso en la vida internalizando expectativas, valores sociales, objetivos y principios.
d. La violación de un código moral significativo.

Por regla general la profundidad de la depresión trae menos riesgos suicidas, ya que inmoviliza al individuo porque la furia se torna interna. La amenaza suicida para el depresivo, no es durante la depresión profunda, si no cuando va saliendo de ésta y se tiene más energía.

Evaluando el grado de debilitamiento funcional.

El objetivo es reactivar el proceso de adaptación psicosocial. La evaluación puede ser hecha tan pronto como el evento precipitante y el problema nuclear sean entendidos. El primer paso es observar y estimar el grado de debilitamiento que afecta a las emociones, por medio de la percepción que el cliente tiene acerca de éstas. Antes de la crisis el individuo era capaz de usar las capacidades del sistema psíquico: inteligencia, percepción, juicio y afrontar el presente. El cliente se relaciona y se adapta al medio ambiente social, pero la crisis interrumpe este proceso.

El modelo de crisis incluye condiciones de salud mental, el terapeuta en crisis debe estar preparado para trabajar en todos los escenarios, para tratar con conducta violenta y psicótica. Todos los desórdenes mentales se dividen en: orgánicos y funcionales. El desorden mental orgánico es cuando hay un daño funcional en el cerebro o cuando hay un desequilibrio metabólico por intoxicación o drogas. Esta clase de enfermedad se presenta comúnmente en los ancianos. El experto en crisis debe saber distinguir entre un desorden mental orgánico e inorgánico.

Funcionamiento cognitivo.

El objetivo es evaluar el grado de daño, si el individuo está capacitado para recibir, comprender e interpretar información nueva. Esto da un estimado de la reestructuración que ha sufrido la capacidad cognitiva. La función cognitiva es el coeficiente intelectual, lo que significa el uso en el procesamiento de información, habilidad para pensar, percepción, memoria, planeación, métodos de resolución de problemas, etc. Un estimado del nivel de funcionamiento cognitivo puede ser

determinado por: a) el método que el individuo usa para tratar de resolver la crisis; b) la capacidad y coherencia para discutir eventos que precedieron el comienzo de la crisis; c) la lógica y coherencia con los factores y razones discutidas; y c) la capacidad de comprender, entender y tener respuestas lógicas a las preguntas del terapeuta. Cuando nos encontramos en una crisis hay grandes probabilidades de que existan funciones cognitivas dañadas en diversos grados.

Dura realidad.

El daño por la dura realidad puede ser estimado por el grado de inexactitud o mal interpretación de la realidad objetiva. Para ayudar a la persona hay que aceptarlo y empatizar con los sentimientos. La dura realidad es usada no sólo para evaluar la capacidad de funcionamiento social, sino para entender la crisis individual y para el tratamiento en la reestructuración cognitiva. Es importante adaptarse al funcionamiento social, ya que éste requiere conciliar al mundo interno con los eventos y condiciones del mundo externo o real. Se tiene que distinguir lo irreal del mundo objetivo. Esto no es siempre sencillo, ya que cada persona tiene su opinión sobre la realidad y es influenciada por procesos internos como la imaginación, reflexión, recuerdos, creencias, miedos, esperanza, memoria, deseos y experiencias. El adecuado funcionamiento social requiere de cierto grado de éxito.

Percepción.

La percepción parte de los procesos cognitivos y está basada en la dura realidad, es el camino hacia una vista individual de la realidad. Todo esto se basa en la experiencia y memoria, está influenciada en gran medida por funciones intrapsíquicas, necesidades y motivaciones. Por lo tanto, la percepción afecta a la dura realidad y al juicio.

Control del impulso.

Se refiere a la habilidad para controlar intensas emociones e impulsos (sexuales y manejo de agresividad). La evaluación es muy importante, ya que un individuo furioso o agresivo puede manifestarse en sí mismo, en homicidio, conducta de ataque o abuso físico. El primer factor a evaluar en un individuo que no controla impulsos, es el

precipitado o evento específico que estimule la fuerza del impulso en relación a la fuerza del yo y paralelamente la evaluación de los mecanismos de control. Un segundo factor es evaluar la historia en el control de impulsos, las personas que tienen una historia pobre en el control de impulsos es más probable que pierda el control, que una persona con una buena historia. La excepción es demasiado control, los individuos con patologías serias, describen una historia en donde raras veces se enfurecen o no muestran sus emociones normalmente, hay que evaluarlos exhaustivamente y ser precavidos con ellos.

Otro factor a considerar es el significado individual del evento precipitante, la amenaza de pérdida de control en los impulsos. Hay que averiguar como se encuentra su autoestima, si se hace daño y cómo se percibe. Es importante evaluar el ego, a menos que el individuo tenga un efectivo control de fuerzas contra el impuso; las represalias o la pérdida de control, puede traer serias consecuencias. También hay que determinar si el evento precipitante realmente activó los sentimientos que fueron significativos en otro caso. Algunas manifestaciones impulsivas son la rabia, agresión y hostilidad, otros son impulsos sexuales, homosexuales, bisexuales, etc. Hay que identificar como se encuentran los deseos de satisfacción contra los sentimientos de maldad. En suma, en todos los casos se debe de averiguar que es lo que provoca la amenaza de pérdida del control del impulso.

Proceso de reflexión.

Es importante evaluar el proceso de pensamiento cuando hay revelaciones del inicio de una psicosis o inminente ruptura con la realidad. Aquí el proceso de pensamiento individual puede ser ilógico o inapropiado; con énfasis desproporcionado o algo insignificante. También hay que tomar en cuenta que el cliente puede ser distraído y tener periódos de atención pobre. Se puede presentar la perseveración, es decir, repetir una idea o pensamiento persistentemente. Existe la posibilidad de que sea un proceso progresivo de deterioro, ellos comienzan con incoherencias, desorganización, el estado final son delirios y alucinaciones. Reorganizar los primeros estados de psicosis requiere ser permanentemente sensible en el proceso de comunicación. El síntoma más claro de psicosis es el disturbio en el proceso de pensamiento.

Esfuerzo de adaptación y mecanismos de afrontamiento.

El pensamiento y el proceso de sociabilización desarrollan patrones habituales de adaptación y mecanismos de defensa. Bajo condiciones normales esto permite que las funciones se dirijan a reestructurar el equilibrio cuando se ha perdido. En el desarrollo de la crisis la adaptación y los mecanismos de defensa se rompen, llevando al desesperado individuo a esfuerzos menos efectivos, las funciones cognitivas usuales están dañadas por el abrumador efecto de la crisis, y porque el esfuerzo adaptativo usado ha sido inefectivo. El grado de daño cognitivo es un importante índice de debilitamiento, es como si el individuo intentara negociar con la crisis. El terapeuta debe averiguar qué mecanismo de defensa está usando el cliente: proyección, negación, reacción de formación, racionalización; y si esto está siendo benéfico. Estos mecanismos mantienen a la persona asumiendo responsabilidad y oponiéndose a su situación. Cuando el retroceso es grande la persona cuenta con patrones primitivos de conducta. Si el terapeuta puede identificar las características de estos patrones de conducta, el nivel de funcionamiento psíquico puede ser identificado. Puede pasar que el "yo" tiende a hacerse inefectivo y el individuo es dominado por sus emociones. Generalmente cuando esto ocurre, el terapeuta debe reestructurar el control del "yo", es decir de la persona y tomar pasos activos que aseguren su propio control.

En algunos casos el individuo intenta afrontar la crisis con control excesivo, usando mecanismos de defensa como la intelectualización y el aislamiento. Pero al final esto no es benéfico, el cliente tiene que tocar con sus emociones, porque tarde o temprano puede llegar a perder el control de una forma severa.

Posible recuperación.

El área final de la evaluación es la capacidad residual del individuo para funcionar y adaptarse. El cliente manifiesta todo el tiempo los recursos sociales que tiene disponibles, pueden ser parientes, amigos, personas significativas u otros profesionales. El origen externo de apoyo tiene que ser evaluado cuidadosamente, al igual que los sentimientos del cliente y su relación con éstos. Otro factor a considerar es la propia evaluación que el cliente puede hacer de sí mismo y de sus capacidades.

Los resultados del proceso de evaluación tratarán de reestructurar el funcionamiento social al mismo nivel que se encontraba antes de la crisis. El terapeuta sintetiza e integra, una gran cantidad de información que le da el cliente de forma implícita. Se evalúa cómo el cliente ha integrado la crisis, la capacidad para tolerarla, cuanto han mejorado las funciones cognitivas y el ego, con qué funciones cuenta en éste momento, qué funciones no están todavía dañadas y si puede manejarse o enfrentarse.

1.Formular una explicación dinámica.

El objetivo de la formulación dinámica es la reestructuración cognitiva y la planeación del tratamiento. La formulación dinámica es la descripción que el terapeuta hace de la reacción del cliente hacia el evento precipitante. Es la explicación del porqué el cliente reacciona de cierta manera; es importante buscar respuesta a las preguntas:

1)¿Cuál es el problema nuclear?
2)¿Qué significado tiene para el cliente?
3)¿Cómo percibe el evento precipitante?

De esta manera se identifican que implicaciones tiene en la estructura de personalidad y cómo ha tratado de resolver la crisis. La formulación dinámica explica los estados emocionales e identifica la defensa o mecanismo de afrontamiento, cómo pueden ser usados y cuál es su propósito. Así, entendemos la relación con el evento precipitante y la fuerza para afrontarlo se movilizan. Esto es la base para que el cliente haga una introspección, entienda su condición de crisis y su relación, llevando el control y el cambio como meta, ya que no puede haber un cambio sin entendimiento.

2. Funcionamiento de la reestructuración cognitiva.

El objetivo es ayudar al cliente a recuperar el control sobre sus facultades cognitivas y el funcionamiento social, dando una explicación causal de la condición de crisis. El cliente debe entender cómo y por qué reacciona de una forma particular.

La reestructuración cognitiva es un proceso intelectual en donde el terapeuta lleva a la persona en crisis a una explicación de las causas de ésta, del significado del problema nuclear y el porqué el individuo ha afrontado esta situación de manera

inefectiva. La reestructuración cognitiva es una necesidad, ya que el estado emocional resultado del evento precipitante es muy difícil y doloroso para el cliente, su objetivo es evitar o defenderse de los estados dolorosos y esto no resuelve la crisis. La premisa de la reestructuración cognitiva es creer que después de la minuciosa ventilación de los sentimientos, el uso de técnicas de interpretación, explicaciones de enlace causal sobre el conocimiento y el entendimiento, se facilita la recuperación y el control cognitivo; es decir, todo esto ayuda al cliente a recuperar el dominio en su vida.

7. Fijar metas y estrategias.

El objetivo es fijar metas y estrategias. Éstas guían al cliente, sirven como motivación y fuerza para el trabajo psicológico. Muchas situaciones de crisis pueden ser resueltas en una sola sesión, pero en otros casos hay que planear e implementar un tratamiento.

Después de que el terapeuta explica al cliente las causas y razones por las cuales el sujeto está en crisis y termina con una reestructuración cognitiva, se recomienda la planeación del tratamiento. El diagnóstico y la evaluación nos indican la condición del cliente, un sistema psíquico específico, la capacidad de funcionamiento social y la planeación del tratamiento. Todo esto es el dictamen que el terapeuta profesional da al cliente y que necesita para resolver la crisis y mejorar el funcionamiento social.

El terapeuta tiene básicamente tres elecciones de tratamiento: terapia de crisis adicional, modificación ambiental y remisión.

<u>Terapia de crisis adicional:</u> Ésta es indicada cuando el diagnóstico revela que el individuo puede ser tratado con seguridad fuera de un hospital, con la necesidad de sesiones adicionales para resolver la crisis y reestructurar el funcionamiento social. Las sesiones adicionales están indicadas cuando el cliente lo decide, además de estar en condiciones de entender y aceptar.

El terapeuta y el cliente deben de fijar los objetivos que se establecerán durante el proceso de planeación del tratamiento. Según el marco teórico sobre la crisis el individuo puede resolverla en las próximas cinco semanas. El terapeuta se mueve de

acuerdo a una acción designada, dirigiéndose paulatinamente hacia la resolución de la crisis y siguiendo su objetivo. Esto significa que la causa de la crisis y el reestablecimiento de la capacidad de funcionamiento social traen consigo la solución de ésta. Lo que indica que el terapeuta y el cliente comienzan activamente la resolución de la crisis hablando de los pasos para mejorar el funcionamiento psíquico. En muchos casos el terapeuta trata de incrementar la autoestima reforzando el ego y empatizando con los sentimientos. Debe continuar siendo sensible a las necesidades, deseos, miedos y conflictos que el cliente comunica implícita o abiertamente. Motiva y anima a mantener presente el diagnóstico y la reestructuración cognitiva. Se refuerza el poder y las habilidades, para que se dé la introspección y el cliente recupere el control cognitivo. El terapeuta no espera que se dé un "insight", ocurre en el proceso de la reestructuración cognitiva, específicamente cuando la conexión causal es usada como declaración e interpretación. El terapeuta elicita en el cliente interpretando los significados de los sentimientos y conducta. La interpretación está basada en tres factores: oportunidad, claridad de expresión y receptividad en el cliente.

Oportunidad se refiere a la interpretación en el momento más oportuno, cuando el cliente puede conectar los sentimientos con la conducta. Claridad de expresión es cuando el terapeuta hace interpretación clara y rápida, debe ser concreto y sencillo, puede usar parábolas o analogías, ya que son muy efectivas. La receptividad es cuando el cliente esta preparado para aceptar la interpretación. El cliente en crisis generalmente está a la defensiva, el terapeuta debe adelantarse e indicar el efecto de la interpretación. También, debe asegurarse que la interpretación no decremente la autoestima.

Modificación ambiental: Recomienda que el cliente en crisis esté lejos de su medio ambiente, ya que esto impide la mejora, porque él no puede funcionar con seguridad. La modificación ambiental se utiliza cuando:

a. El cliente sea incapaz de mejorar en su medio ambiente actual.
b. El cliente no sea capaz de cambiar su medio ambiente constructivamente.
c. Sea necesaria como complemento para soportar la intervención.

8. Finalizar.

Después de que la crisis sea resuelta y el individuo retorne al nivel de funcionamiento previo, lo indicado es finalizar la terapia. El cliente debe aprender de la experiencia, entender como afrontar de mejor manera, cómo resolver algún evento perturbador y prevenir una próxima condición de crisis. Debe aprender que tiene habilidades y capacidades para manejar su vida con limitaciones en su medio ambiente; debe tomar responsabilidad, saberse exitoso y con una conducta apropiada. El final puede manifestarse cuando el cliente siente que ya no necesita del terapeuta y aunque éste debe estar disponible cuando el paciente lo necesite.

9. Seguimiento.

Al término de la última sesión el cliente debe ser informado que el terapeuta está interesado en el seguimiento. Este interés es benéfico para el cliente, se siente importante, el apego que pudiese haber se irá desvaneciendo poco a poco y su seguridad ira en ascenso. Muchos seguimientos sirven para que el cliente se evalúe; lo que trae consigo, nuevos conocimientos para trabajar con personas en crisis. Algunos creen que el seguimiento crea dependencia sentimental, aunque esto no ha sido demostrado.

Sesión inicial de seguimiento.

La sesión inicial de seguimiento empieza con la exploración de cómo el cliente se ha sentido y su funcionamiento desde la última sesión. Animar y clarificar sirven para que el cliente reporte lo más posible sobre la crisis y su esfuerzo por resolverla. El terapeuta pregunta y va clarificando acerca de la percepción, sentimientos, pensamientos y conducta; también interviene cuando es necesario para desarrollar esfuerzos y una conducta positiva. Al término de la técnica de interpretación el terapeuta ayuda al cliente a desarrollar “insight” en la conducta inconsciente y previene obstáculos futuros para la resolución de la crisis. Posteriormente, se discuten los recursos para sustituir a los sentimientos dolorosos, la inefectiva percepción, pensamiento, relaciones y conducta.

La interpretación ayuda al cliente a concientizar el porqué se siente y se comporta de tal manera, el significado de sus sentimientos y su conducta, qué es lo que espera como ganancia de su comportamiento y por qué éste es inefectivo. Este entendimiento permite al cliente elegir los medios efectivos para encontrar sus necesidades, ahora que él las conoce verdaderamente. Este proceso se repite en cada una de las sesiones subsecuentes de seguimiento, hasta que la crisis es resuelta, reestructurar es afrontar adecuadamente y finalizar es lo indicado.

Tratamiento de personas en crisis con terapia grupal

Un grupo son tres o más personas quienes se unen para un propósito específico o para conseguir un objetivo. Una característica grupal es interactuar, tener una estructura y la presencia de un líder. Es necesario que la persona que se integre al grupo asegure interacción. La interacción es determinada por el propósito, los dirigentes, la composición y la estructura.

Existen varios tipos de psicoterapia grupal:

1. Directo al objetivo.
2. Orientado en el aquí y ahora.
3. Términos cortos.
4. Comprensivos.
5. Enfocados en desarrollar "insight" personal.

Este último es usualmente en tiempo largo y enfatizando un desarrollo de "insight" .

Para ser miembro de una terapia grupal, el individuo debe ser evaluado cuidadosamente antes de entrar al grupo, para reducir, debilitar la emoción y que el cliente piense más claramente. El proceso grupal es muy benéfico por que ofrece una red social de apoyo, aceptación y empatía; el vínculo común de la crisis permite que cada miembro apoye a todos los demás miembros. La ganancia es que cada uno contribuye y ayuda a otros discutiendo su situación.

La interacción y la transacción revelan a cada cliente su funcionamiento inefectivo resultado de la crisis. Frecuentemente algunos ven más allá de los problemas y sugieren soluciones o retroalimentación, con esto, los miembros del grupo, pueden desarrollar "insight" personal. Se fomenta la acción directa para resolver problemas y se mantiene continuidad entre el diagnóstico y la relación grupal. Los clientes no deben de ingresar en el grupo sin antes hacer una presentación y fomentar la interacción.

Propósito de un grupo en crisis.

Los objetivos de la terapia grupal son básicamente los mismos que la terapia individual:

a) Aliviar la emoción debilitante, así como la tensión, ansiedad y moderar la depresión.
b) Ayudar a resolver algunos conflictos que interfieren con el funcionamiento y contribuyen con la crisis.
c) Ayudar a desarrollar entendimiento sobre las causas y razones que precipitaron la crisis.
d) Retornar a la persona a un nivel de funcionamiento social anterior a la crisis

Las ventajas de la terapia grupal son:

- Más gente puede ser atendida por el terapeuta.
- Varias personas intentan resolver sus problemas con los efectos de una influencia múltiple.

Tamaño y composición.

El grupo debe estar compuesto por lo menos de cuatro personas, no más de ocho, lo ideal son seis. Es importante cuidar la selección de los miembros de un grupo. El terapeuta tiene que preparar a la persona para la relación grupal, evaluar y diagnosticar a cada uno de los miembros del grupo para reducir la emoción y poder establecer una relación. La entrevista de diagnóstico puede ayudar al terapeuta a conocer mejor al

cliente e identificar información íntima o dolorosa. Se tienen que exponer los propósitos, objetivos y proceso grupal. El cliente debe estar convencido de que el terapeuta y el grupo lo pueden ayudar a afrontar sus miedos y/o resistencias.

Proceso de selección.

Algunas personas en crisis pueden socializar y comunicarse, el objetivo en el grupo es conocer el proceso grupal y situarse en éste. Pero también existen personas en crisis para las cuales no es recomendable la intervención en crisis grupal. Por ejemplo las personas que tienen problemas con el alcohol, las drogas, depresión severa o psicosis aguda, ya que son poco tolerantes y muy dispersas.

Estructura de los grupos en crisis.

La estructura se refiere a la organización grupal, al tiempo en que el grupo tiene para reunirse, la frecuencia, la duración de la terapia y el lugar de reunión. Los grupos en terapia de crisis pueden ser abiertos o cerrados o mediante una base continua. En los grupos abiertos otra persona puede incorporarse al grupo de trabajo; en los grupos cerrados no se puede incorporar otra persona después de que las sesiones hayan empezado; los grupos de una base continua se conforman cuando una persona se va, y la otra llega. Un grupo se cierra o termina cuando todos los miembros del grupo resuelven su crisis y no hay nuevos miembros que se unan.

Tiempo y lugar.

El grupo en crisis puede reunirse tan frecuente como sea necesario. Algunos se reúnen de una a tres veces por semana, otros afirman que con cuatro semanas de trabajo es posible el manejo de la crisis, otros necesitan de seis a ocho semanas, esto se determina de acuerdo a las necesidades particulares de los miembros del grupo.

Escenario.

El lugar para reunirse puede ser determinado por la disponibilidad del espacio. Sin embargo, el espacio tiene que ser confortable y suficientemente grande como para ver e interactuar con todos los miembros del grupo.

Papel del terapeuta.

El papel del terapeuta es facilitar la interacción grupal y mantener al grupo enfocado en el problema. Anima al grupo a colaborar con la terapia, guía, dirige, facilita e interpreta. Debe de enfatizar la necesidad de discutir los sentimientos y recordar al grupo la responsabilidad de mantenerse enfocados en los problemas. El terapeuta anima a los miembros a ayudar a los otros, a hacer la parte que a cada uno le toca con reflexiones acerca de la conducta y de sus sentimientos. La resolución de los problemas puede ser el objetivo principal, cada uno de los miembros trabaja en sí mismo, da ideas y soluciones. En suma, el terapeuta tiene que ayudar a los miembros del grupo a reconocer y entender la causa y el efecto de su sugestión.

El proceso grupal.

1.Establecer rápidamente una relación constructiva: El terapeuta debe establecer rápidamente una relación constructiva y animar la interacción grupal. La primera sesión puede comenzar con un extracto de estos efectos: "Nosotros estamos aquí porque tenemos serios problemas y podemos ayudar a otros, ya que es fácil ver los problemas de otros, pero no los nuestros".

2.Enfocarnos en el evento precipitante: Después de la introducción cada uno de los integrantes tienen que hacer conciencia discutiendo la naturaleza y circunstancias de su evento precipitante. Si los miembros del grupo no responden a las preguntas, el terapeuta tiene que elicitar la conciencia, la expresión de sentimientos dolorosos y emociones, para que se manifiesten y se dirija toda la atención a ellos.

3.Evaluar: Es conveniente que el terapeuta anime a los miembros del grupo a contribuir con sus creencias respecto a la condición de los participantes, al mismo tiempo que ofrecen apoyo. Continuamente, cuando una persona esta demostrando sólo la parte positiva, otras personas pueden cuestionar y hacer evidente la parte negativa o

viceversa. No deben darse a los comentarios el carácter de crítica, sino de pensamientos reales y constructivos. El terapeuta observa la relación de cada uno de los miembros del grupo, proveé la comunicación y se prepara para clarificar, animar o interpretar el significado de la reacción de lo que fue dicho.

4.Reestablecer el funcionamiento cognitivo: El diagnóstico debe ser entendido por cada uno de los integrantes del grupo, como la esencia para la resolución de la crisis. De nuevo el terapeuta motiva a los miembros del grupo a evaluar, clarificar los errores y declaraciones perjudiciales. Estas ideas o creencias son reflexionadas, pueden ser proyectadas en los sentimientos, utilizar las reacciones y su funcionamiento.
5.Plan y herramientas de tratamiento: El tratamiento comienza en la primera entrevista o primera sesión grupal. Posteriormente el grupo muestra la resolución de problemas y el reforzamiento de los esfuerzos positivos. Se evalúan los esfuerzos hacia el cambio y se mejoran los métodos de afrontamiento. En algunas áreas las mejoras no suceden y se tiene que entender comprensivamente por qué esto no ocurre. El propio entendimiento tiene que ser esfuerzo grupal, hacia el cambio en la percepción e interpretación de los eventos precipitantes y las situaciones resultantes. Las situaciones que causan el evento precipitante pueden ser el foco de atención. El terapeuta puede desanimar cualquier discusión no contribuyendo, aclarando o no poniendo atención sobre el tema. Cuando los miembros del grupo han hecho suficiente progreso lo indicado es terminar.

6.Término: Es indicado cuando cada uno de los miembros del grupo ha resuelto su crisis y expresaron confianza en su mejorada habilidad para funcionar. Cada cambio es determinado por cambios en los sentimientos, percepción, estructura de pensamiento y métodos de afrontamiento.

7.Seguimiento: Después de seis semanas puede hacerse algún contacto con el cliente. El seguimiento ofrece apoyo y servicio de evaluación de la efectividad del tratamiento.

2.4 Intervención en crisis en la psicología de la salud.

La psicología de la salud surge a partir de acontecimientos sociales, políticos y culturales como: los secuestros, guerras, abuso sexual y la violencia doméstica, entre

muchos otros. Es por ello que hablar de sus consecuencias tiene una base política-social indiscutible (Casabat, 2002).

La psicología de la salud tiene como objetivo prioritario la prevención, dirigiendo sus intervenciones a la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados en los individuos (Becoña, Vázquez & Oblitas 1995). Está directamente relacionada con un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influencian la salud física y son influenciados por la misma.

A lo largo de los años ha habido una discusión acerca del papel de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad. Este apartado se centra en el estrés como un determinante de la salud física. El estrés es una de las consecuencias de la vida moderna, una palabra muy usada en nuestro tiempo. La mayoría de los individuos que vivimos en las grandes urbes nos enfrentamos cotidianamente a situaciones estresantes. La respuesta al estrés es adaptativa, posibilita la integración de mecanismos dirigidos a estímulos externos e internos. De acuerdo con Mosca & Banchero (2002) quienes desarrollan una tesis fisiológica que trasciende a lo psicológico ante el estrés se producen cambios químicos específicos, que se traducen en el Sistema Nervioso Central (SNC) como imposibilidad para expresar verbalmente lo que se siente en una crisis. La memoria emocional queda separada de la verbal y la persona no puede expresar lo que está sintiendo y pensando. Cuando la crisis, estrés o dolor fue muy fuerte el sistema de auto equilibrio se desajusta y daña al individuo produciendo un círculo de activación independiente del trauma o del estímulo doloroso, con el tiempo se producen alteraciones en la memoria y en otros sistemas.

De manera similar, a partir del estrés generado por un trauma psicológico se presenta el trastorno por estrés post traumático. Según Bessel van der Kolk (2002), se caracteriza por:

a. La experimentación repetida de memorias de la experiencia traumática.
b. Evitación de estímulos que recuerdan el trauma (incapacidad para experimentar alegrías y placer).
c. Patrón de activación incrementado (hipervigilancia, irritabilidad, problemas de memoria y concentración, trastorno de sueño y una respuesta de sobresalto exagerada).

Este mismo autor afirma que el trastorno por estrés post traumático que se presenta en las crisis puede alterar de manera irreversible la capacidad de afrontamiento. Se ve afectada la percepción y el concepto de sí mismo, el recuerdo sobre el evento traumático se instala en el presente desplazando el sentido y el placer de la vida. De no ser atendidas adecuadamente el individuo corre el riesgo de desarrollar trastornos posteriores (alcoholismo, depresión, obesidad, enfermedades cardiacas, cáncer, etcétera).

Las encuestas afirman que por cada individuo con trastorno por estrés post traumático, en crisis o damnificado físico por lo menos habrá tres personas que pueden tener consecuencias en su salud mental, además de dos o más allegados y/o familiares (Benyakar, 2002). El número de individuos que tienen pérdida en la salud es altísimo. En las catástrofes el 15% de los individuos presentan una reacción patológica, otro 15% presentan el comportamiento llamado "sangre fría", es decir, sin mostrar ningún sentimiento, ni emoción y el 70% mantienen un comportamiento calmo en apariencia, con ciertas alteraciones emocionales patológicas y pérdida de la iniciativa. Una vez que el peligro ha pasado se presentan reacciones emocionales diferidas y serias descompensaciones (crisis de llanto, temblores, cólera, agresividad, disturbios en le sueño, falta de concentración, desinterés por lo cotidiano, etc.).

Como se ha visto, las consecuencias que trae consigo la crisis y posteriormente el trastorno por estrés postraumático son muy serias, es por ello que existe una gran preocupación por readaptar al individuo y brindarle una buena calidad de vida. A continuación se presentan algunas propuestas para afrontar estos problemas.

Cohen & Ahearn, 1989 (citado en: Benyakar, 2002) desde la psicología de la salud nos presentan una propuesta de intervención.

a. *Primeras horas y días:* ayudar a minimizar los efectos de la desorganización cognitiva y reforzar su dominio.
b. *Primeras dos semanas:* restauración, control, organización, afrontamiento.
c. *Primeros meses:* trastornos diversos.

Benyakar & Cohen (citado en: Benyakar, 2002) proponen un programa de salud mental que debe de contener:

1. Evaluación de las necesidades.
2. Definir objetivos de intervención.
3. Considerar posibles opciones.
4. Diseño de un programa.
5. Puesta en práctica y ejecución de un proyecto de atención en el área de salud mental.

Bessel van der Kolk (2002) por su parte, propone un proceso de tres pasos para manejar el estrés postraumático:

a. Seguridad: el individuo necesita confiar en otros que le provean seguridad y cuidado.
b. Manejo de ansiedad: el individuo debe aprender a distinguir lo real y lo irreal sobre sus miedos.
c. Procesamiento emocional: se realiza por medio del lenguaje, con técnicas adaptadas a cada situación y a cada individuo.

En estos procesos el profesional utiliza el lenguaje como un sustituto de la acción, para manifestar, procesar el evento traumático y paralelamente trasladarlo al lenguaje. El objetivo es que se hable del sentimiento, se entienda y se comunique la experiencia. El individuo debe aprender de la experiencia y ser capaz de afrontarla con alternativas que le permitan actuar sin desorganizarse para lo cual deben priorizarse estímulos.

Según Cohen (2003) los profesionales que dan intervención en crisis necesitan:

1. Experiencia en "counseling".
2. Habilidades comunicativas, sensibilidad a las características étnicas, sociales y religiosas de la víctima.
3. Sesiones de entrenamiento y supervisión estricta a lo largo del programa de intervención.

El objetivo de cada enfoque debe ser el de ofrecer el tratamiento más breve y eficiente (Figley, 2003). El enfoque utilizado en el Centro de Intervención en Crisis (CIC) emplea componentes activos que hasta el momento han sido validados científicamente y por lo tanto el tratamiento cuenta con una validación teórica. En el CIC el proceso de aprendizaje es un componente activo en la crisis que implican una reducción de estrés. A continuación se explica en el siguiente capítulo el modelo del Centro de Intervención en Crisis (CIC).

Nombre de archivo:	A5
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	CAPÍTULO 2
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	27/04/05 10:38 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	27/04/05 10:39 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	1 minuto
Impreso el:	02/12/05 06:04 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	38
Número de palabras:	10,235 (aprox.)
Número de caracteres:	58,342 (aprox.)

CAPÍTULO 3

LABOR DEL PSICÓLOGO EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS Y EN EL CENTRO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS (C.I.C.)

La intervención en crisis es requerida en cualquier momento y lugar, en clínicas y hospitales, comunidades abiertas, centros de orientación infantil, centros comunitarios de salud mental, pasando por escuelas, reformatorios, prisiones, centros de salud, industrias, hasta el trabajo privado con grupos o individual. Sin embargo, la labor del psicólogo en la intervención en crisis no ha sido estudiada paso por paso. Existen algunos autores que han contribuido con investigaciones acerca de las funciones del psicólogo clínico, pero no del psicólogo especialista en intervención en crisis.

Según Barragán, Heredia & Lucio (citado en: Urbina, 1989) las principales funciones que realiza el psicólogo clínico son:

1. Evaluación y diagnóstico de personalidad, inteligencia y aptitudes, entre otras.
2. Consultoría y psicoterapia a individuos, grupos o familias.
3. Intervención preventiva a nivel comunitario.
4. Investigación aplicada de la personalidad, psicología anormal, y de técnicas y métodos de intervención clínicos.
5. Selección, entrenamiento y supervisión.

Según Bernstein, D. & Nietzet, M. (1982) el 99% de los psicólogos clínicos realizan las siguientes actividades:

a. Evaluación.
b. Tratamiento.
c. Investigación.

d. Enseñanza.
e. Consultoría.
f. Administración.

No obstante, el psicólogo del Centro de intervención en Crisis (CIC) y especialista en intervención en crisis comparte algunas de estas funciones y otras tantas forman parte de sus múltiples actividades laborales. Las actividades del psicólogo del CIC experto en intervención en crisis son: *evaluación y diagnóstico, intervención, educación y entrenamiento, asesoría e investigación,* a continuación se explican:

Evaluación y diagnóstico: Tiene como objetivo conocer la sintomatología del cliente y las necesidades específicas, para formular estrategias de intervención (Pérez, G. 1988). La información a recabar cubre muchos aspectos, entre ellos está la conducta, capacidades, sentimientos, concepción del problema, aptitud, actitud, problemas somáticos, problemática personal, social, medio ambiente en que se desenvuelve el cliente y cuál es el objetivo o la prioridad del cliente, entre otros.

Los métodos que se utilizan para recopilar información son muy variados, sin embargo, los más usados en el CIC y en crisis son: entrevista y observación directa. La entrevista se desarrolla en torno a conversaciones en donde el cliente da información acerca de su crisis y/o lo que la precipitó, como respuesta a las preguntas sistemáticas o informales del entrevistador. La observación directa se refiere a observar la conducta implícita o explícita del cliente, cómo se desenvuelve, gestos, postura, mirada, tono de voz, etcétera. Pero también puede incluir alguna actividad fisiológica únicamente perceptible por el cliente y observable o registrable con equipos especializados. Comúnmente la entrevista y la observación se presentan paralelamente y puede abarcar a otras personas que brinden información valiosa adicional. Finalmente, toda esta información se unifica para un fin concreto, el proceso de intervención.

Educación y entrenamiento: El objetivo la mayoría de las veces es personalizado, es decir, depende de la crisis del cliente, de las habilidades, actitud y conducta que requiera para afrontarla. En el CIC gran parte de la enseñanza y entrenamiento se realiza en la práctica de la profesión, en el "Taller de crecimiento a partir de la crisis", ya que en el momento mismo de la intervención se desarrolla un papel didáctico importante. Una parte indispensable de la terapia consiste en ayudar a los pacientes a que implementen sistemas de comportamiento más adaptados al mundo real, los cuales,

en su mayoría son desconocidos. También se ofrecen cursos prácticos o didácticos para internos de especialidad médica, psicológicas u otras, para trabajadores sociales, enfermeras, ayudantes, religiosos, policía, personas que se dedica a la prevención de suicidios, custodios, maestros, administradores, ejecutivos, educadoras, abogados, etcétera (Bernstein, D. & Nietzet, M. 1982).

Por otro lado algunos psicólogos especialistas en intervención en crisis tienen contratos con las universidades, dan cursos a nivel licenciatura y postgrado. El tiempo que le dedican a la enseñanza depende de los intereses personales, del tamaño y orientación de la institución en donde laboren. Dirigen seminarios especializados en temas avanzados como intervención en crisis, intervención de primer y segundo orden, y el duelo, entre otros. También supervisan cursos de práctica clínica e investigaciones realizadas por los alumnos.

Investigación: Los objetivos de esta actividad son muy variados, dependen del área específica en que se desarrolle la investigación, algunas de estas áreas son: personalidad, inteligencia, evaluación de técnicas, métodos de intervención, diagnóstico, desordenes psicóticos, neuróticos y psicosomáticos de la conducta, entre otros. Sin embargo, casi todas las investigaciones tienen como objetivo final y/o implícito aplicar los resultados a la vida cotidiana, por lo que de manera permanente el profesional interviene desarrollando, comprobando y aplicando información en la práctica. Dentro de la investigación es donde los psicólogos clínicos han hecho sus más valiosas aportaciones, cada vez se crean programas de investigación más complejos, además de que las técnicas y los instrumentos para el análisis de los datos son más avanzados. Ahora los psicólogos tienen la experiencia y capacitación para desarrollar investigaciones cada vez más completas, complejas y precisas.

Asesoría: El objetivo depende de las necesidades del cliente que contrata. En esta actividad se combina la investigación, el diagnóstico, la intervención, el entrenamiento y la educación. Según Bernstein & Nietzet (1982) el tipo de consulta va desde orientar casos, grupos, administrar-organizar estructuras de algún departamento, hasta determinar responsabilidades en la solución de algún problema. En el CIC se trabaja de manera particular o en empresas de consultoría psicológica. Las organizaciones que requieren de estos servicios varían enormemente, pueden ser pequeños grupos de seis o diez personas de un departamento en una pequeña empresa o comunidad, grandes grupos pertenecientes al gobierno o iniciativa privada, hasta compañías internacionales.

Intervención: El objetivo es ayudar a los pacientes a solucionar los problemas psicológicos, disminuir la angustia, el problema de conducta o ambas cosas. En un primer momento en el CIC el profesional facilita la clarificación de sentimientos. Posteriormente se asiste para obtener una compresión cognoscitiva sobre las expectativas que han sido violadas por el incidente de crisis, con el objetivo de desarrollar nuevos sistemas de afrontamiento. Finalmente la conducta se analiza, se fija y se prepara al cliente para ejecutar nuevas maneras de respuesta hacia el afrontamiento.

Se ayuda a la persona a aceptar el dolor, analizar la relación con la crisis, expresar la aflicción y el sentido de perdida de manera completa, a encontrar habilidades para un afrontamiento aceptable, a verbalizar sentimientos de culpa y descubrir en el cliente patrones de conducta que puedan establecerse. La meta es recuperar la homeostasis perdida, logrando el dominio cognoscitivo de la situación y así realizar cambios conductuales.

La intervención puede ser individual o grupal, en comunidades ya estructuradas, con alguna relación o con personas que nada tiene que ver unas con otras. En el CIC trabajamos de forma grupal en el "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis", y después ofrecemos un seguimiento individual o grupal, dependiendo de las necesidades del cliente. Es común que dos o más expertos en intervención en crisis trabajen con un paciente, con parejas o grupos. Se atiende a todo tipo de personas, la clientela está formada por personas de todas las edades, sexo y de diferentes estratos sociales. Sin embargo, en su mayoría atienden a personas adultas. Regularmente en el CIC la clientela es la que hace contacto con el profesional, aunque muchas veces los sucesos o la problemática contactan antes con éste, es decir, las familias, la escuela, la comunidad, oficinas particulares o gubernamentales.

El personal que dirige la intervención en crisis y el tratamiento de crisis debe tener conocimientos profesionales de salud mental y experiencia en psicoterapia, es decir, comprender los síntomas clínicos, patológicos y sus fundamentos. En lo referente al nivel general de habilidades o adiestramiento profesional, el psicólogo del CIC dispone de una amplia variedad de niveles para atender la diversidad igualmente extensa de los problemas que presentan los clientes. Según Butcher, Stelmachers & Maudal (citado en: Weiner, 1992) durante el proceso el personal debe ofrecer, por separado o combinado, seguridad de apoyo, información, mediación, condescendencia, oportunidades de desahogo, participación activa al escuchar, amistad temporal, además de una terapia de

crisis con una técnica muy clara y precisa. Según Gómez del Campo (1997a) se deben mantener actitudes y habilidades básicas para facilitar la comunicación, como son: actitud positiva incondicional, congruencia, empatía, asertividad, confrontación, habilidades para facilitar la solución de problemas, habilidades para el diagnóstico clínico, habilidades para la investigación evaluativa, técnicas gestálticas, técnicas de enfoques corporales, modificación de conducta, biofeedback, entre otras. Según este autor, los profesionales de intervención en crisis deben tener distintas disciplinas y trabajar en colaboración a diferentes niveles.

Finalmente, el horario de trabajo es muy variado. Por un lado, los desastres naturales y los accidentes se presentan a cualquier hora y día, por lo que el especialista que atiende este tipo de problemática tiene que estar disponible en todo momento. Por otro lado, en el CIC trabajamos en forma particular, ya sea individual o grupal, y es el cliente regularmente quien se ajusta a los horarios disponibles. A continuación, en el siguiente capítulo se expondrá más detalladamente las actividades del psicólogo del CIC, junto con su modelo de intervención.

Nombre de archivo:	A6
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	CAPÍTULO 3
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	27/04/05 10:39 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	27/04/05 10:40 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	1 minuto
Impreso el:	02/12/05 06:04 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	5
Número de palabras:	1,495 (aprox.)
Número de caracteres:	8,526 (aprox.)

CAPÍTULO 4

CENTRO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS A.C.
C. I. C.

Los modelos de intervención en crisis que se describen en el segundo capítulo tienen diferencias cualitativas de abordaje, sin embargo, paralelamente entre ellos y el taller del Centro de Intervención en Crisis (CIC) que se presenta en este trabajo existen puntos en común. El modelo del CIC es una propuesta independiente, pero reúne algunos de los postulados básicos de los modelos antes mencionados en el "Taller de crecimiento a partir de la crisis".

El modelo del CIC está basado en la Psicoterapia Humanista "Centrada en la persona", la Logoterapia y la Teoría de la Crisis. Las dos primeras son orientaciones psicológicas no directivas, la psicoterapia humanista centrada en el cliente destacan la valía, cualidad única y dignidad del cliente. La logoterapia tiene como objetivo encontrar significado, responsabilidad y sentido hacia la vida (Pareja, G. 1998; Rogers, R. C.1997).

La teoría de la crisis, trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido del funcionamiento personal y social, sostiene que los individuos deben funcionar en un estado de equilibrio; cuando dicho estado se interrumpe por cualquier razón, incluyendo la enfermedad, las personas para recuperar el equilibrio se basa en anteriores modos de respuesta que han resultado efectivos.

La crisis se produce cuando los acontecimientos son tan extremos o importantes que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados, las personas experimentan un exacerbado sentimiento de ansiedad, temor y estrés. En vista de que las personas no pueden tolerar un estado de crisis por mucho tiempo, adoptan nuevos modos de respuesta. Algunas de estas nuevas formas de afrontamiento pueden conducir a una adaptación sana, pero otras provocan ajustes insanos y un deterioro psicológico

(Becoña, Vázquez & Oblitas, 1995). El objetivo final del C.I.C. es que el deterioro psicológico sea mínimo, que haya un aprendizaje significativo y que se desarrollen formas de sanas afrontamiento, destacando la valía, cualidad única y dignidad del cliente, al encontrar el significado, responsabilidad y obligación hacia la vida.

4.1 Modelo de Intervención en Crisis del C.I.C.

El Centro de Intervención en Crisis (C.I.C.) es una asociación civil que nació de la necesidad de ayudar a las personas a encontrar un sentido al dolor ante las pérdidas, las enfermedades, los abandonos, las despedidas y los cambios entre otros. Está integrado por un grupo multidisciplinario de aproximadamente veinte cinco personas de diversas especialidades como filósofos, psicoterapeutas, logoterapeutas, pedagogos, enfermeras, médicos, y orientadores.

En el CIC existe un adiestramiento especializado en el manejo de crisis. Las personas que son aceptadas como miembros, deben de tener una formación profesional en el área de la salud. Se promueve su capacitación en logoterapia, desarrollo humano o educación psicológica que promueva la excelencia profesional en el área. En un primer momento los profesionistas que se quieren integrar al equipo de trabajo participan en tres talleres como observadores, donde sólo observa el proceso grupal sin intervenir; posteriormente en el cuarto taller se convierten en facilitadores, es decir, el terapeuta guía con preguntas comprensivas, lo que ayuda a entender el significado y los cambios reales o figurativos del discurso; facilita la empatía y brinda elementos para que se relacione e identifique con el cliente. Se facilita el proceso de crisis manteniendo actitudes y habilidades básicas para la comunicación y muchas otras más de las cuales se habló anteriormente. Dentro de los talleres el facilitador va adquiriendo mayores responsabilidades, algunas veces dando las conferencias y otras siendo coordinador grupal, que quiere decir tener la responsabilidad de un grupo, coordinar a los facilitadores y las sesiones de trabajo.

En primera instancia el CIC se creó para dar servicio en hospitales o instituciones de asistencia social en el campo de la salud, esta situación no desahogaba las demandas de las personas que requerían el servicio. Es así que se fundó el "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" según diseño del Dr. Jesús Díaz Ibáñez (Díaz, 1994; González,

1995). Dirigido a personas que estén viviendo o hayan vivido situaciones límite o de crisis. El objetivo principal es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis y/o que aprenda mejores condiciones de vida a partir de este suceso.

El taller se realiza bimestralmente, tiene una duración de dos días y medio de trabajo intensivo, las actividades terapéuticas básicas son:

1. Manejo del impacto emocional provocado por la crisis.
2. Identificación y manejo de sentimientos.
3. Aceptación de la crisis o pérdida.
4. Adaptación a las nuevas condiciones de vida después de la crisis.

A continuación se explican:

1. Manejo del impacto emocional

El objetivo es que la persona identifique mediante una actividad semiestructurada los sentimientos que ha provocado la crisis y pueda expresarlos de una forma objetiva.

2. Identificación y manejo de sentimientos

La meta es dirigir a la persona a través de una actividad de reconocimiento, así como ejercicios de bioenergética, para que continúe identificando y liberando sus sentimientos.

3. Aceptación de la crisis o pérdida

El objetivo es trabajar la aceptación de la pérdida y estimular la proyección de nuevas metas ante el cambio de vida.

4. Adaptación a las nuevas condiciones de vida después de la crisis

La finalidad es que se dirija a la persona a proponer actividades concretas para su actual plan de vida haciendo énfasis en el reconocimiento de nuevas habilidades de afrontamiento.

En el Centro de Intervención en Crisis se da seguimiento y apoyo a las personas que lo soliciten. De la misma manera se da apoyo breve y de emergencia a personas y familiares que estén viviendo situación de crisis aguda como Cáncer, SIDA y Alzheimer.

Los objetivos específicos del "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" s on los siguientes:

1. Identificar el problema real: *Aclarar.*
2. Identificar los recursos para resolver el problema: *Valorar.*
3. Identificar lo que sí se puede hacer en este momento para estar mejor: *Aceptar.*
4. Identificar la condición de vida actual: *Identificar.*

A continuación en la siguiente página se presentan y posteriormente se describe el esquema general y las cinco fases del taller junto con las actividades que se realizan en cada una:

FASE 1	**FASE II**	**FASE III**	**FASE IV**	**FASE V**
Introducción y evaluación	***Aclaración***	***Manejo de sentimientos***	***Aceptación***	***Adaptación***
Entrevista inicial	Experiencia vivencial de	Experiencia vivencial de	Conferencia el efecto de una	Plenario inventario: "Con

	apertura grupal.	identificación de sentimientos.	pérdida en la vida.	quien cuento “
Registro de participantes, integración de grupos y asignación de salones.	Experiencia vivencial de aclaración e identificación del problema real.	Experiencia vivencial de expresión de sentimientos.	Experiencia vivencial de interiorización: búsqueda de recursos personales.	Experiencia vivencial de negociación: recursos de afrontamiento.
Plenario de ubicación de expectativas.			Experiencia vivencial sobre la condición real después de la pérdida.	Evaluación de los logros obtenidos en el taller.
Conferencia: “Etapas de la crisis y el duelo”.			Experiencia vivencial de despedida de lo que se llevo la crisis.	Convivio grupal.
				Experiencia vivencial de despedida.

Esquema general del “Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis”
según diseño del Dr. Jesús Díaz Ibáñez (citado en: González, 1995).

Quince días después del taller se realiza una sesión grupal llamada “apertura de carta”. Los participantes leen la carta que escribieron en la “evaluación de los logros obtenidos en el taller”, se replantean y confirma sus objetivos.

FASE I

INTRODUCCIÓN Y EVALUACIÓN

ENTREVISTA INICIAL

Se realiza antes de iniciar el taller, es conducida por un facilitador y tiene una duración aproximada de 30 a 40 minutos.

La entrevista contiene información general que se obtiene del participante, una breve historia familiar, el motivo de su asistencia, que alternativas de solución ha buscado para resolver su problema y con qué dificultades se ha enfrentado (Anexo 1). Los datos recabados permiten que los facilitadores realicen un breve diagnóstico del problema, evaluar las habilidades del participante para afrontarlo y detectar posibles patologías.

REGISTRO DE PARTICIPANTES, INTEGRACIÓN DE GRUPOS Y ASIGNACIÓN DE SALONES.

El encargado del registro solicita su nombre a cada participante. Verifica que a cada uno se le haya entrevistado, en caso contrario, lo turna con quien corresponda. Se corrobora el pago de la cuota individual por asistencia al taller, en caso contrario realiza el cobro. Se asigna una habitación a cada participante e informa el lugar de localización de los servicios y se precisan los horarios que tendrán durante el taller.

Al final del primer día existe una sesión de análisis de casos en donde se expone cada cual ante todos los facilitadores. El facilitador que haya entrevistado lee y explica las respuestas que el participante dio, evalúa y posteriormente da su diagnóstico, los demás facilitadores enriquecen el diagnóstico dando su punto de vista, ya que muchos de los asistentes son familiares, amigos o pacientes, finalmente se definen los objetivos de intervención para cada participante. De acuerdo a la problemática de cada asistente se forman los grupos, los casos similares se reúnen, por ejemplo los que tienen problemas de pareja en un grupo, los que han perdido a un familiar en otro o los que padecen de alguna enfermedad intercalándose en ambos grupos para sensibilizar a los demás compañeros, de tal forma que exista retroalimentación y que cada uno de los asistentes valla reflejándose en el compañero y analizando desde su propia crisis.

PLENARIO DE UBICACIÓN DE EXPECTATIVAS

Objetivo: clarificar las expectativas de los participantes respecto a la temática del taller y de su utilidad.

Desarrollo de actividad:

Los participantes manifiestan individualmente de forma escrita cuales son las expectativas y los temores sobre el taller. Anónimamente se analizan rápidamente mediante la técnica de resolución de conflictos las percepciones sobre las dificultades y limitantes para permanecer en el taller, que consiste básicamente en cinco componentes: 1) Se analiza la actitud hacia el problema y a reconocer las situaciones problemáticas como parte de la vida. 2) Definir el problema. 3) Generar soluciones alternativas. 4) Evaluar las soluciones. 5) Se alienta al cliente para que actúe por decisión propia (D'Zurilla & Goldfried (1971) [citado en: Slaikeu, 1996]). La exploración de expectativas trae consigo un aumento en la autoconciencia y facilita la toma de una postura responsable hacia la intervención psicológica. Cuando el participante toma conciencia sobre sus propias necesidades puede ser objetivo (Gómez del Campo, 1994a).

CONFERENCIA "ETAPAS DE LA CRISIS Y EL DUELO"

Objetivo: Conocer el proceso del duelo y ubicarse en la etapa en que se encuentran cada uno de los participantes.

El duelo significa en latín el que se duele, el doliente, el dolorido. Según Brito (1994) el duelo es un sentimiento por haber perdido a alguien o algo, ya sea la muerte, la separación, la destrucción de lo material, la ruptura de un amigo, la jubilación, la enfermedad, etc. El duelo lleva un proceso, el cual cuenta con siete etapas, según Robert Kavanaugh (citado en: Brito, 1994):

a. Negación
b. Confusión
c. Sentimiento de coraje
d. Sentimiento de culpa
e. Aceptación de la pérdida o experiencia de soledad
f. Alivio
g. Restablecimiento

FASE II

ACLARACIÓN

EXPERIENCIA VIVENCIAL DE APERTURA GRUPAL

Objetivo: Que los facilitadores adquieran mayor conocimiento del grupo y que los participantes se conozcan entre sí.

Técnica: *Comunicación Intergrupal. Minimizar las tensiones iniciales y crear un clima de confianza.*

Desarrollo de actividad:

Se le pide a cada uno de los participantes que dibuje en una hoja un árbol. En las raíces escribirá sus orígenes (donde nació, quienes fueron sus padres, cuántos hermanos tuvo, qué lugar ocupó en la familia, y tres personas significativas en su vida), en el tronco quién es (cinco adjetivos calificativos positivos), el follaje será sus proyectos (cinco proyectos), los frutos del árbol sus logros (cinco realizaciones), y los frutos caídos, las pérdidas (las pérdidas más importantes, pueden ser personas o cosas materiales). Al terminar cada uno de los participantes comparte a todo el grupo su dibujo y explica el objetivo por el cual asiste al taller.

EXPERIENCIA VIVENCIAL DE ACLARACIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA REAL

Objetivo: Que cada participante identifique su problema real.

Técnica: *Reestructuración cognoscitiva, clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del cliente. Comunicación intergrupal. Se expresan las tensiones, intereses y motivaciones personales. Retroalimentación, proporcionar al paciente información acerca de sí mismo con respecto a determinados aspectos del comportamiento.*

Desarrollo de actividad:

Se prepara el salón colocando en el piso los materiales requeridos para la experiencia vivencial (cartulinas, revistas, pegamento, plumones, tijeras y papel de colores).

Los participantes reflexionan sobre los antecedentes de la crisis, la crisis misma, y la sitúan dentro de un contexto, de tal manera que por medio de recortes pegados en una cartulina, manifiestan la situación por la que están pasando.

Se expresan e identifican pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia límite. Se identifica cual es la situación o situaciones que desencadenaron la crisis. El facilitador guía para que el participante descubra la actitud, habilidad, o comportamientos concretos, con los cuales debe de afrontar la crisis y trabajar en las etapas posteriores del taller. Algunos individuos progresan y procesan (procesar significa: que la persona elabore el suceso de crisis y su relación ante el mismo) estos sentimientos y experiencias sin ayuda, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa, es decir, con ayuda de los facilitadores.

FASE III

MANEJO DE SENTIMIENTOS

IDENTIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS

Objetivo: Que los participantes conscienticen y manejen sus sentimientos.

Técnica: *Reflexión, donde el replanteamiento del contenido implica la repetición de los hechos según la aseveración de la persona. Retroalimentación, proporcionar al paciente información acerca de sí mismo con respecto a determinados aspectos del comportamiento. Solución de problemas, se enseñan habilidades de afrontamiento para manejar los problemas futuros de modo más efectivo.*

Desarrollo de actividad:

Se explican los efectos de la crisis. Partiendo de la premisa de que las crisis son momentos decisivos de cambio, donde el peligro y la oportunidad coexisten y donde los riesgos son altos. La situación límite se debe de integrar dentro de la trama de la vida resolverse. El suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a la par de otros sucesos vitales y determinantes en la vida de la persona, para formar parte de una experiencia evolutiva. Esta reacción adaptativa necesita cambios específicos en el funcionamiento del comportamiento afectivo, somático, espiritual y cognoscitivo.

A partir de esta reflexión, se prepara el salón colocando fotos a la vista de todos los participantes (fotos de imágenes de personas y situaciones de todo tipo). Se les pide a los participantes que busquen dos fotos, una que exprese el cómo se sienten en este momento, y la otra cómo les gustaría sentirse. Se facilita en cada uno de ellos el sentido de pertenencia y confianza en el grupo (familia, amigos "red social de apoyo"). Cada uno expone y modela detalladamente las actitudes y habilidades básicas para alcanzar el estado deseado, es decir, la resolución de la crisis. Finalmente, se propicia la comunicación grupal para que compartan la experiencia y exista la retroalimentación.

EXPERIENCIA VIVENCIAL DE EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

Objetivo: Que los participantes expresen sus sentimientos, exteriorizándolos asertivamente.

Técnica: *Control de la respiración, se instruye al paciente en la respiración profunda, diafragmática. Imaginería, a través del pensar se produce imágenes que técnicamente se conoce como pensamiento eidético. Expresión de sentimientos, ayudar al cliente a entender, aceptar y expresar sus sentimientos de manera adecuada. Masaje, se utiliza para disminuir la tensión muscular.*

Desarrollo de actividad:

La dinámica empieza con una relajación, se recurre a la imaginería, lográndose así el involucramiento mental activo. Los participantes van estructurando cognoscitivamente cada una de las creencias, actitudes, habilidades y comportamientos que no son efectivos para la resolución de la crisis. Después, se retoman los cambios específicos que si son efectivos y se invita a los participantes a manifestar sus emociones como ellos lo necesiten (llorando, gritando, riendo, pegando, etc.). Los facilitadores ayudan al proceso cuidando que al término de éste los participantes queden relajados por medio de un masaje. Se finaliza compartiendo de manera individual a todo el grupo la experiencia personal.

FASE IV

ACEPTACIÓN

CONFERENCIA "EL EFECTO DE UNA PÉRDIDA EN LA VIDA"

Objetivo: Conocer que las crisis son parte de la vida, del crecimiento y el desarrollo humano.

Desarrollo de actividad:

Cada uno de los participantes hace una reestructuración acerca de la experiencia límite. Se trata de que cada uno vea su crisis como una oportunidad para el desarrollo de sí mismo, haciendo énfasis en aquellas pérdidas que se estén procesando dentro del taller.

EXPERIENCIA VIVENCIAL DE INTERIORIZACIÓN, BÚSQUEDA DE LOS RECURSOS PERSONALES Y EXPERIENCIA VIVENCIAL DE ACEPTACIÓN DE LA CONDICIÓN REAL DESPUÉS DE LA PÉRDIDA

Objetivo: Localizar todas aquellas situaciones no resueltas que causan malestar, resentimiento e impide vivir libremente, así como los recursos con que cuentan para afrontarlos.

Técnica: *Inhibición activa, donde pensar o hablar sobre asuntos no resueltos es más sano que inhibirlos. Ensayo de comportamiento: se guía al cliente en nuevos comportamientos, éste es un paso intermedio en la modificación. Establecimiento de redes: Se dirige a la movilización de los sistemas de apoyo de la familia y de las amistades. Imaginería, a través del pensar se produce imágenes que técnicamente se conoce como pensamiento eidético*

Desarrollo de actividad:

Esta experiencia inicia con una relajación, posteriormente se utiliza la técnica de imaginería, creando un ambiente de tranquilidad se localizan las problemáticas que impiden avanzar. Se procede con ejercicios corporales que permiten enfrentar de mejor manera el estado actual, generando una descarga emocional colectiva.

La persona expresa sus emociones, se relaja fisiológicamente y obtiene bienestar emocional, claridad en el pensamiento, conducta adaptativa e incluso su salud física puede mejorar. Los cambios que se generan con este procedimiento reflejan una condición psicológica que acompañan al "aflojarse", es decir, la desinhibición. Las sensaciones de tranquilidad y mayor claridad de pensamiento intensifican la camaradería, hacen surgir poderosas fuerzas de cohesión y solidaridad de grupo. Se favorece una interacción recíproca entre la crisis y la organización de la respuesta inmunológica. Aceptar un problema mejora el funcionamiento del sistema inmunológico y provoca una coherencia interhemisférica en la actividad cerebral, lo cual trae consigo la percepción de cambios existenciales importantes.

EXPERIENCIA VIVENCIAL DESPEDIDA DE LO QUE SE LLEVÓ LA CRISIS

Objetivo: Que exista una integración de la crisis misma dentro de la vida del individuo.

Técnica: *Reestructuración cognoscitiva, clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del cliente.*

Desarrollo de actividad:

Se crea un ambiente ceremonial en forma de ritual que simboliza el final y nos conduce al inicio de una nueva etapa. Cada uno de los participantes toma la palabra, se despide del pasado y empiezan a experimentar el presente cognitivamente reestructurado; posteriormente se da inicio simbólicamente a un nuevo futuro. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado-expresado y la reorganización empieza.

FASE V

ADAPTACIÓN

PLENARIO INVENTARIO 'CON QUIÉN CUENTO"

Objetivo: Empezar a vivir la adaptación, clarificando que nos queda después de la pérdida. Valorar la naturaleza del apoyo social y conducir su influencia hacia una dirección positiva.

Técnica: *Establecimiento de redes, planteamiento terapéutico dirigido a la movilización de los sistemas de apoyo de la familia y de las amistades.*

Desarrollo de actividad:

Este plenario parte de la premisa de que en una situación de crisis es necesario contar con recursos sociales, es decir, la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Para tener ventaja en la intervención en crisis es importante saber quién puede ayudar y qué clase de ayuda proporcionaría. Cada uno de los participantes reflexiona sobre quienes son las personas con las que realmente cuenta en este preciso momento.

De manera personal, escriben sobre una hoja de papel los nombres de estas personas, qué reciben de ellas y ellos que les ofrecen.

EXPERIENCIA VIVENCIAL DE NEGOCIACIÓN, QUÉ RECURSOS REQUIERO ADQUIRIR PARA ENFRENTARME A ESTA NUEVA SITUACIÓN

Objetivo: Implementar cambios concretos y específicos en la conducta de cada uno de los participantes para enfrentar la crisis, y renunciar a las afecciones desagradables o incómodas relacionadas con ésta.

Técnica:*Ensayo de comportamiento, se instruye al paciente en comportamientos deseables, dando un paso intermedio en la modificación de éstos. Modelamiento, se enseñan nuevos comportamientos, se aumenta la frecuencia de los comportamientos deseables y se disminuyen los temores. Orientación anticipatoria, se anticipan determinados acontecimientos externos o internos y se prepara al individuo en crisis para tales sucesos. Autoimagen idealizada, la nueva autoimagen positiva funciona como base para iniciar nuevos comportamientos, los cuales son congruentes con esta nueva autoimagen.*

Desarrollo de actividad:

Se definen y movilizan recursos individuales internos como habilidades, creencias, y actitudes hacia la solución de la crisis. Cada uno de los participantes se compromete a deshacerse de lo que les impide enfrentar las nuevas situaciones y a integrar en la práctica aquello que le sirve para afrontar la situación de crisis. Hay una negociación y retroalimentación grupal sobre aquellas deficiencias individuales detectadas en los anteriores pasos del taller

EVALUACIÓN DE LOS LOGROS OBTENIDOS EN EL TALLER

Objetivo: Reducir la tensión física y psicológica acumulada.

Técnica: *Escritura emocional-autoreflexiva, es el adiestramiento en la adquisición gradual de la respuesta de relajación basada en la promoción de la expresión de emociones asociadas con la crisis.*

Desarrollo de actividad:

Los participantes escriben una carta, en la cual mencionan que aprendieron de ellos, del grupo, y que es lo que van a hacer con lo que aprendieron. Esa carta se abre quince días después del taller, en un seguimiento**.** Con la expresión escrita de los pensamientos y emociones que el acontecimiento le genera, junto con la descripción del hecho traumático, los participantes pasan por un estado muy particular: se encuentran tristes, con dolor y con coraje, pero paulatinamente perciben que están desahogados y tranquilos, hasta experimentar un poco de alegría y alivio. Es decir, el cliente transita de un estado emocional negativo a otro contrario o positivo, como producto de una intervención psicológica no invasiva autorreguladora.

CONVIVIO GRUPAL

Esta experiencia tiene el mismo principio que la pasada. Los efectos de poner en palabras o expresar verbalmente la crisis, no son sólo relajantes, también producen cambios en el pensamiento, producto de la presencia de una reestructuración cognitiva. Los participantes intercambian entre sí tarjetas con pensamientos positivos anticipatorios.

EXPERIENCIA VIVENCIAL DE DESPEDIDA

Objetivo: Recapitular todo lo trabajado en el taller, renunciar y liberar todos los sentimientos que obstaculizan el desarrollo, prepararse para el afrontamiento en la vida cotidiana con una actitud positiva.

Desarrollo de actividad:

En una experiencia grupal los participantes (acompañados de sus familiares que van a recogerlos) simbólicamente se despiden del pasado y afrontan el presente.

Habiendo procesado ya la crisis, renuncian y liberan todos los pensamientos y actitudes que obstaculizan su desarrollo físico, emocional y mental. El director del Centro de Intervención en Crisis da por concluido el taller resaltando la crisis como oportunidad y despidiendo a los participantes. Los facilitadotes se despiden de los participantes y se pone música de fondo.

1.2 Análisis y conclusiones del proceso de Intervención en Crisis en el "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" y la función del facilitador.

En suma el modelo del CIC converge en muchos puntos con las propuestas mencionadas en el capitulo 2. Comparte con lo propuesto por Slaikeu (1996), la importancia del contacto psicológico, la evaluación de las dimensiones del problema, el análisis de las posibles soluciones, identificar y expresar los sentimientos, obtención del dominio cognoscitivo sobre la crisis y la realización de adaptaciones conductuales e interpersonales, entre otras. Estamos de acuerdo con Wainrib, R. B. & Bloch, E. L. (1998) en el establecimiento de la relación inicial, el ambiente seguro y la definición del problema, al igual que Slaikeu (1996) el reconocimiento de las diferentes respuestas ante la crisis que menciona el continuo de dilatación-constricción, la aplicación del reflejo-ritmo-cambio, el respeto a las diferencias individuales y culturales, el reforzamiento de las capacidades del cliente, la auto-confianza, la exploración de las diferentes habilidades de afrontamiento, la enseñanza de nuevos mecanismos de afrontamiento y la planeación conjunta. Por último Dixon (1987)maneja factores que para el CIC son fundamentales como el proceso empático, el proceso intelectual, además del establecimiento de la relación constructiva y la expresión de sentimientos, los cuales también son mencionados por los dos autores anteriores; el CIC también comparte con Dixon (1987) la propuesta de discusión del evento precipitante, la evaluación y el diagnóstico, la formulación de una explicación dinámica, el restablecimiento del funcionamiento cognitivo, proyecto y herramientas de tratamiento que han sido ya descritas.

El CIC se ha nutrido de la bibliografía existente, sin embargo su fundamento en los modelos humanistas destacan como directriz el manejo del proceso del duelo,

llevando a la persona a asumir la responsabilidad de su estado actual, para que pueda tomar una postura de su nueva condición que le permita el planteamiento de un nuevo plan de vida.

Por otro lado, la intervención en crisis que se da en el taller se orienta hacia la expresión de los sentimientos de la persona que se relacionen con el evento o eventos que la provocaron, facilita la elaboración del duelo ante la pérdida y se construye un proyecto de vida.

El taller de crecimiento a partir de la crisis está dirigido a personas que viven o han vivido situaciones de crisis debido a: pérdidas de un ser querido, de un amigo, de la juventud, de la salud, del trabajo, la experiencia de sentirse vivo y libre, separaciones, enfermedades, resentimientos o dificultades para perdonar, además de muchas más emociones que nos impiden avanzar como el temor, la culpa, la envidia y los celos.

Este taller consiste en trabajar dos días y medio intensivamente para recorrer con las personas las cuatro fases de la resolución del duelo: aclaración o impacto emocional, reacción defensiva o manejo de sentimientos, aceptación y adaptación.

En la primera fase, el impacto emocional o aclaración, las personas manifiestan actitudes y comportamientos de confusión y negación, se encuentran profundamente heridas por la pérdida y no puede reconocer el duelo. Aquí el peligro es que la persona se quede paralizada sin poder avanzar en su desarrollo. La intervención de los facilitadores ayuda a clarificar él o los sucesos dolorosos, a través de las experiencias vivenciales estructuradas y la sinergia grupal la persona se da cuenta y desbloquea la manifestación de sus sentimientos. Así es como se está listo para la segunda fase.

En la reacción defensiva o manejo de sentimientos la persona descubre que puede enojarse, reclamar las pérdidas y los abandonos voluntarios e involuntarios. En esta fase los facilitadores hacen uso de toda su capacidad amorosa de ayuda permitiendo a la persona manifestar todo el dolor que ha guardado a lo largo de de los años utilizando una diversidad de técnicas, modelos e instrumentos: técnicas gestalt, bioenergéticas, masoterápia, aeroterapia, cromoterapia, musicoterapia de desbloqueo emocional, manejo de sentimientos. En la manifestación y liberación del dolor, tristeza,

resentimiento, culpa, temor, todo es permitido. Los facilitadores provocan y ayudan a la persona amorosamente a prepararse para la tercera fase.

La aceptación es la fase en donde los facilitadores orientan a las personas a partir de la empatía a elaborar un nuevo plan de vida que les permita funcionar mejor que antes de la crisis. Las personas deben saber qué van a hacer con las herramientas y habilidades que han aprendido en el taller y cómo van a afrontar las crisis posteriores. Serán capaces de esclarecer las situaciones de conflicto y manejar adecuadamente sus sentimientos.

El facilitador brinda a la persona en crisis afecto y cercanía, ya que necesita ser escuchada, con interés y empatía. La intervención en crisis es un tratamiento intensivo, los facilitadores del CIC cuentan con habilidades para crear rápidamente un clima óptimo de comunicación que facilite la libre expresión de la persona, así como la aceptación de sí mismo y de su situación. Se guía a la persona hacia el encuentro de soluciones realistas, se propicia una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos en un contexto de realidad.

Nombre de archivo:	A7
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	CAPÍTULO 4
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	27/04/05 10:40 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	27/04/05 10:40 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	0 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:05 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	18
Número de palabras:	4,436 (aprox.)
Número de caracteres:	25,286 (aprox.)

CAPÍTULO 5

DIEZ AÑOS DEL
CENTRO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
C.I.C.

A continuación se presentan los datos colectados durante diez años en el "Taller de crecimiento a partir de la crisis" del Centro de Intervención en Crisis A.C. (C.I.C.). Los datos fueron obtenidos a partir de 644 entrevistas de diagnóstico (anexo 1), se presentan en términos de las características sociodemográficas de la muestra y los aspectos propios de los asistentes al taller.

El análisis de los datos y la estadística se realizó con el software estadístico SPSS 10 (Pérez, 2001).La organización de la información se realizó siguiendo dos aspectos:

1. El formato de entrevista vigente utilizado en esa época
2. El año al que pertenece la entrevista

Cada año se realizan cinco talleres, uno por bimestre. La asistencia de los talleres varía, cuando hay baja asistencia sólo se forma un grupo de ocho participantes, por el contrario se tiene registrado en el taller del año 2000 hubo cuatro grupos de ocho personas, es decir, treinta y dos participantes registrados. A lo largo de diez años de funcionamiento se han tenido diferentes formatos de entrevistas; sin embargo, los datos de todos los participantes se pueden describir de acuerdo con categorías generales.

Participantes

La muestra que va a describirse está conformada por 644 participantes mismos que asistieron al "Taller de crecimiento a partir de la crisis". Los requisitos de ingreso son:

1. Que el cliente sea capaz de valerse por sí mismo.
2. Que sepa leer y escribir.
3. Que no esté presentando sintomatología de una enfermedad que requiera hospitalización urgente.
4. El pago de la cuota de ingreso (en el 2001 $1,500.00 por persona).

Se han aceptado participantes menores de edad (15 años, como edad mínima) con la autorización de sus padres. La edad máxima registrada hasta el momento es de 77 años.

La mayoría de los participantes son recomendados de asistentes anteriores.

Instrumento

Se utilizó una entrevista estructurada de 28 preguntas que evalúa los siguientes aspectos:

- Datos generales: nombre, edad, ocupación estado civil, entre otras.
- Datos específicos: asistencia voluntaria, motivo de asistencia, apoyo emocional, tratamiento médico, consumo de estimulantes, expectativas y apoyo familiar, entre otras.
- Datos familiares: genograma, relación e historia familiar
- Otros: enfermedades e impedimentos físicos y cuidados especiales.

La entrevista es un requisito para ingresar al taller, y es realizadas por un miembro de CIC (anexo 1).

Procedimiento

Las entrevistas fueron analizadas y se configuró una base de datos, conformada por las siguientes dimensiones:

I. Características demográficas
II. Motivo de asistencia
III. Características específicas de la muestra
IV. Expectativas

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con las siguientes categorías:

1. *Asistencia voluntaria*: el participante asiste al taller por su propia voluntad.

2. *Motivo de asistencia*: es la causa por la cual el participante decide tomar el taller.

3. *Apoyo emocional*: el participante cuenta con ayuda emocional personal como amigos, religión, familia y profesionales de la salud (psicólogo o psiquiatra).

4. *Tratamiento médico:* el participante cuenta con atención médica y toma medicamentos.

5. *Consumo de estimulantes*: el participantes ingiere algún tipo de estimulante como café, tabaco, alcohol, drogas, coca cola, comida y drogas permitidas como los tranquilizantes, antidepresivos y ansiolíticos, entre otros.

6. *Expectativas*: es lo que el participante espera o desea encontrar en el taller.

7: *Apoyo familiar*: se refiere a la percepción del participante en cuanto al apoyo de su familia.

En primer lugar se describen los datos generales de la muestra y posteriormente, aparecen los resultados de acuerdo con el género y estado civil.

1. Características demográficas.

a. Edad.

El rango de edad de los participantes es de 15 a 77 años. En la figura 1 se muestra que la mayoría de los asistentes, un 34% está entre los 31 y 40 años y con un 3%, es decir, la minoría está entre 19 a 20 años.

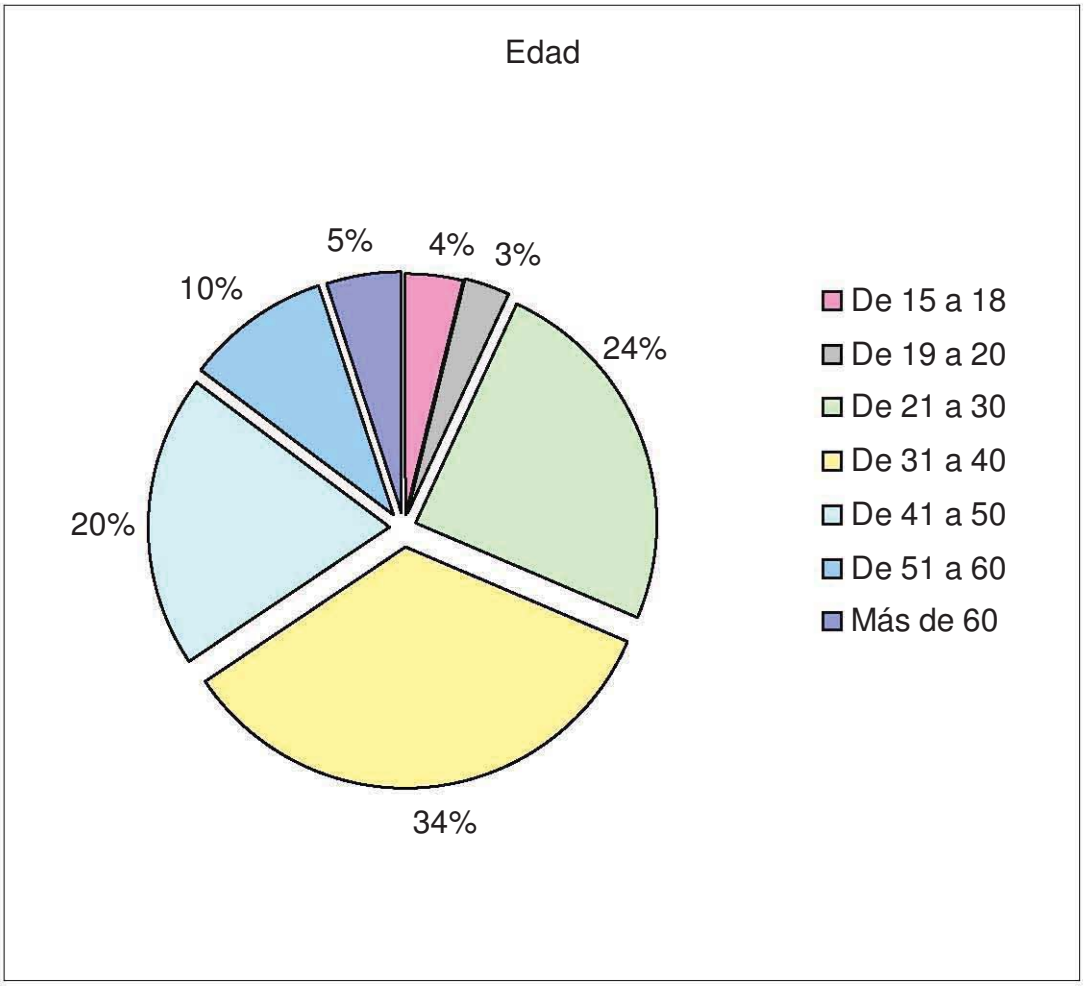


Figura 1. Edad de los asistentes al "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" del C.I.C.

b. Género.

La mayoría de los participantes son mujeres, los hombres representan sólo una tercera parte de la muestra. Podríamos decir que por cada dos mujeres y medio un hombre asiste al taller (ver figura 2).

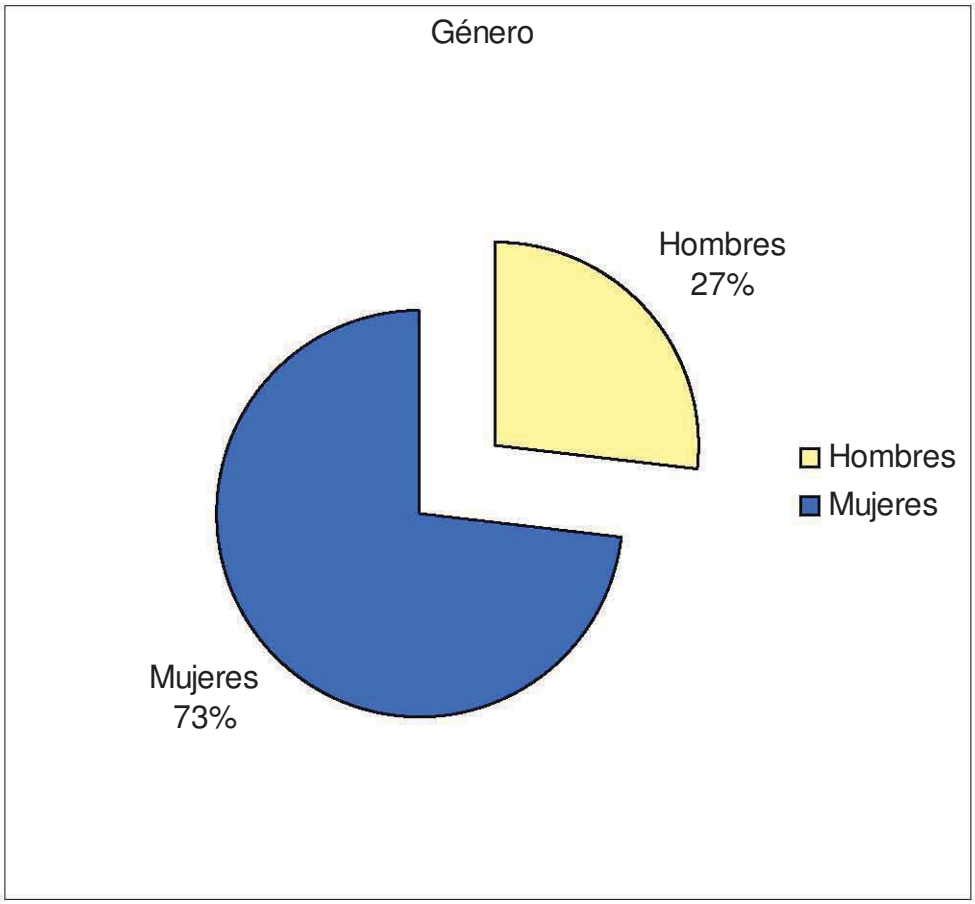


Figura 2. Género de los asistentes.

c. Estado civil.

En la figura 3 se presentan dos categorías que sobresalen, solteros con un 43% y casados con un 36%. La minoría de los asistentes viven en unión libre y representan un 1%.

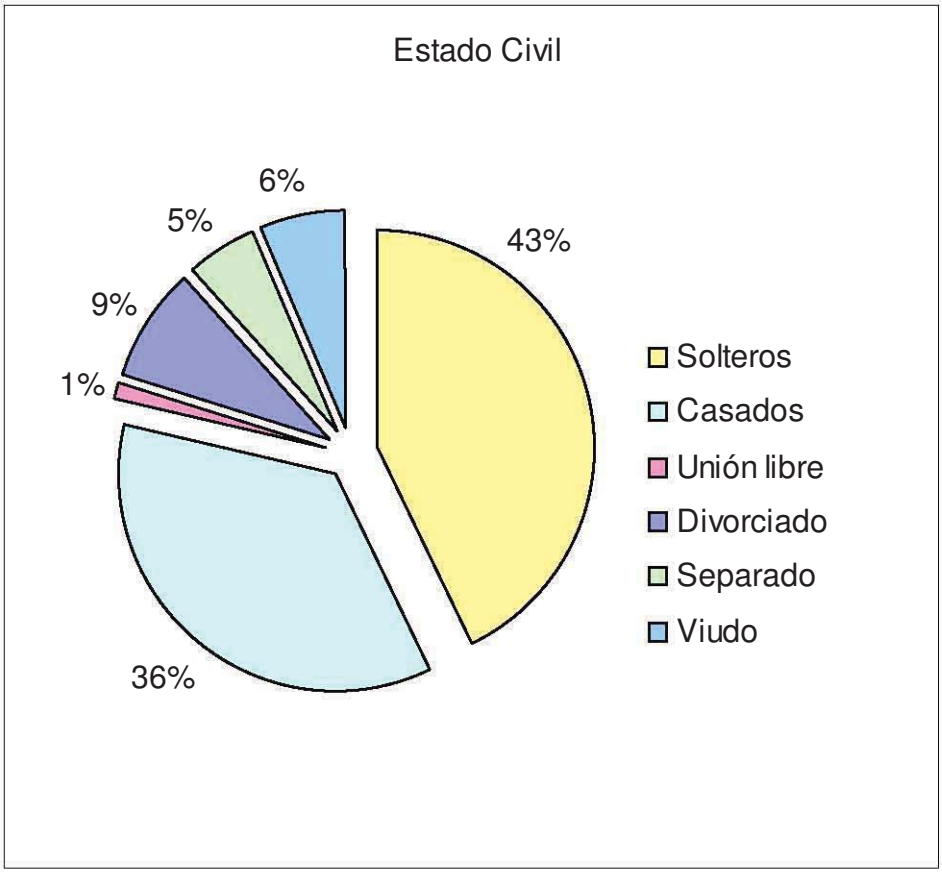


Figura 3. Estado civil de los asistentes

a. Nivel de estudios.

En lo que respecta al nivel de estudios, más de la mitad de los asistentes el 59% tiene un nivel superior, el 4% está representado por los asistentes de nivel medio, junto con los de nivel básico (véase figura 4).

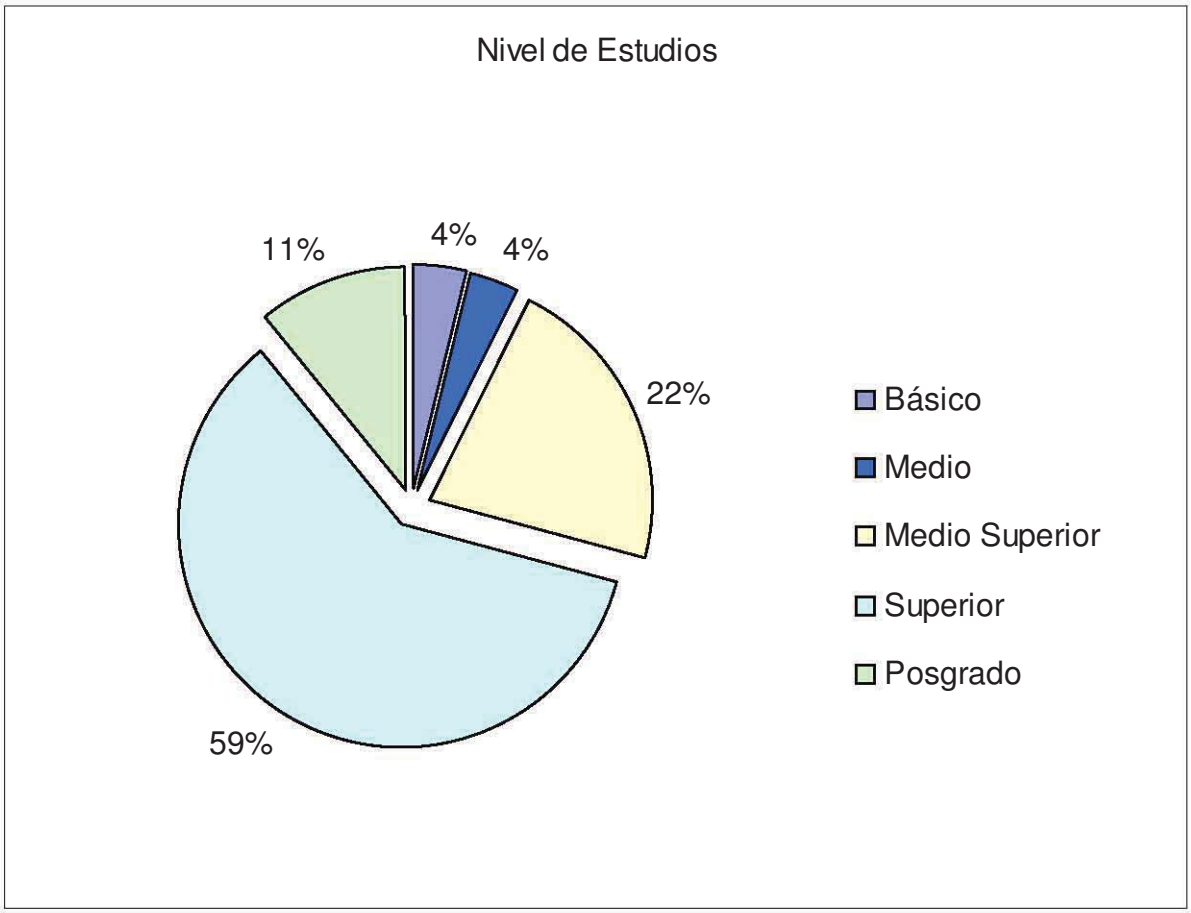


Figura 4. Nivel de estudios de los asistentes.

b. Ocupación.

En lo que se refiere a la ocupación de los asistentes, un 3%, la minoría está desempleado, el 14% se dedica al hogar y un 52%, poco más de la mitad son empleados (véase figura 5).

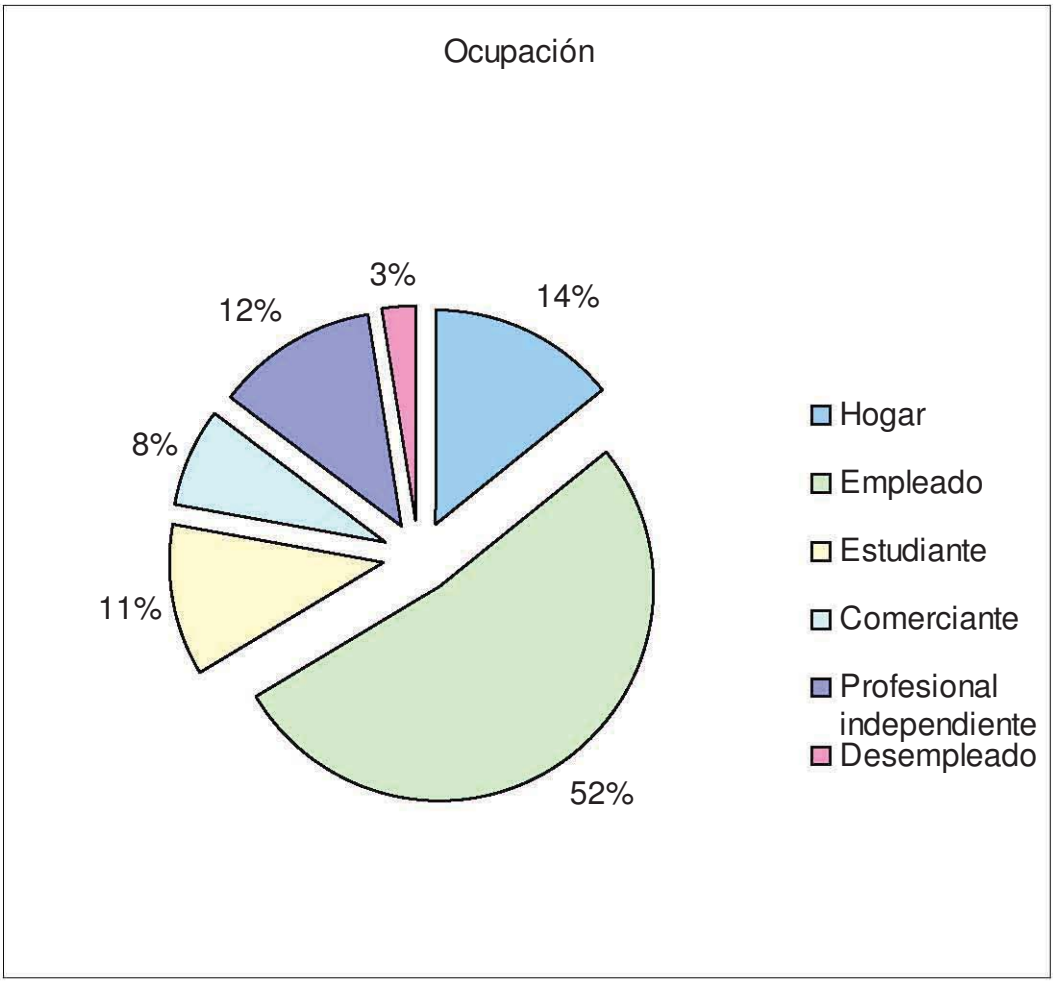


Figura 5. Ocupación de los asistentes

1. Motivo de asistencia.

a. Motivo de asistencia.

En la figura 6 se muestran 14 motivos encontrados por los cuales los asistentes señalan necesitar el taller:

1. *Muerte de pareja:* se refiere a la muerte del esposo(a), concubino(a), o pareja sentimental.
2. *Muerte de hijo:* se refiere a la muerte de un hijo(a), antes o después del nacimiento.
3. *Muerte de padres:* se refiere a la muerte de uno o los dos padres, adoptivos o naturales.
4. *Muerte de hermano:* se refiere a la muerte de algún hermano(a) de sangre o medio hermano (a).
5. *Muerte de persona significativa:* se refiere a la muerte de alguno de los abuelos, tíos, primos, amigo o persona muy cercana.
6. *Problemas de pareja:* se refiere a malas relaciones con el esposo(a), concubino(a), o pareja sentimental.
7. *Relaciones familiares conflictivas:* se refiere a malas relaciones con algún o varios miembros de la familia, ya sea hijo (a), esposo, suegra, cuñados, hermanos, padres, etcétera.
8. *Problemas psicológicos:* se refiere a la presencia de una o varias de las siguientes problemáticas, ansiedad, depresión, soledad e intento suicida
9. *Autosuperación:* es cuando la persona tiene como objetivo el crecimiento personal, ya sea intelectual o espiritual.
10. *Diagnóstico de enfermedad:* es cuando la persona o alguna persona muy cercana sufre de alguna enfermedad incurable o crónica como cáncer, SIDA, Alzheimer, diabetes, hipertensión, etcétera.
11. *Víctima de delito:* es cuando hubo ataque sexual, robo, asalto, secuestro, etcétera.
12. *Trastornos alimenticios:* es cuando se presenta anorexia, bulimia, obesidad, etcétera.
13. *Adicciones:* se refiere a cualquier tipo de adicción, alcohol, drogas, comida, medicamentos, cigarro, coca cola, etcétera.
14. *Pérdida de trabajo:* es cuando es despedido del trabajo o no funciono su negocio.

Los dos motivos con mayor incidencia son: problemas de pareja y problemas psicológicos (depresión, ansiedad, soledad e intento suicida). Por el contrario los dos motivos de asistencia más bajos son: trastornos alimenticios (anorexia o/y bulimia), personas que han sido víctimas de delito (robo, asalto o violación) y personas que han perdido a un hermano(a).

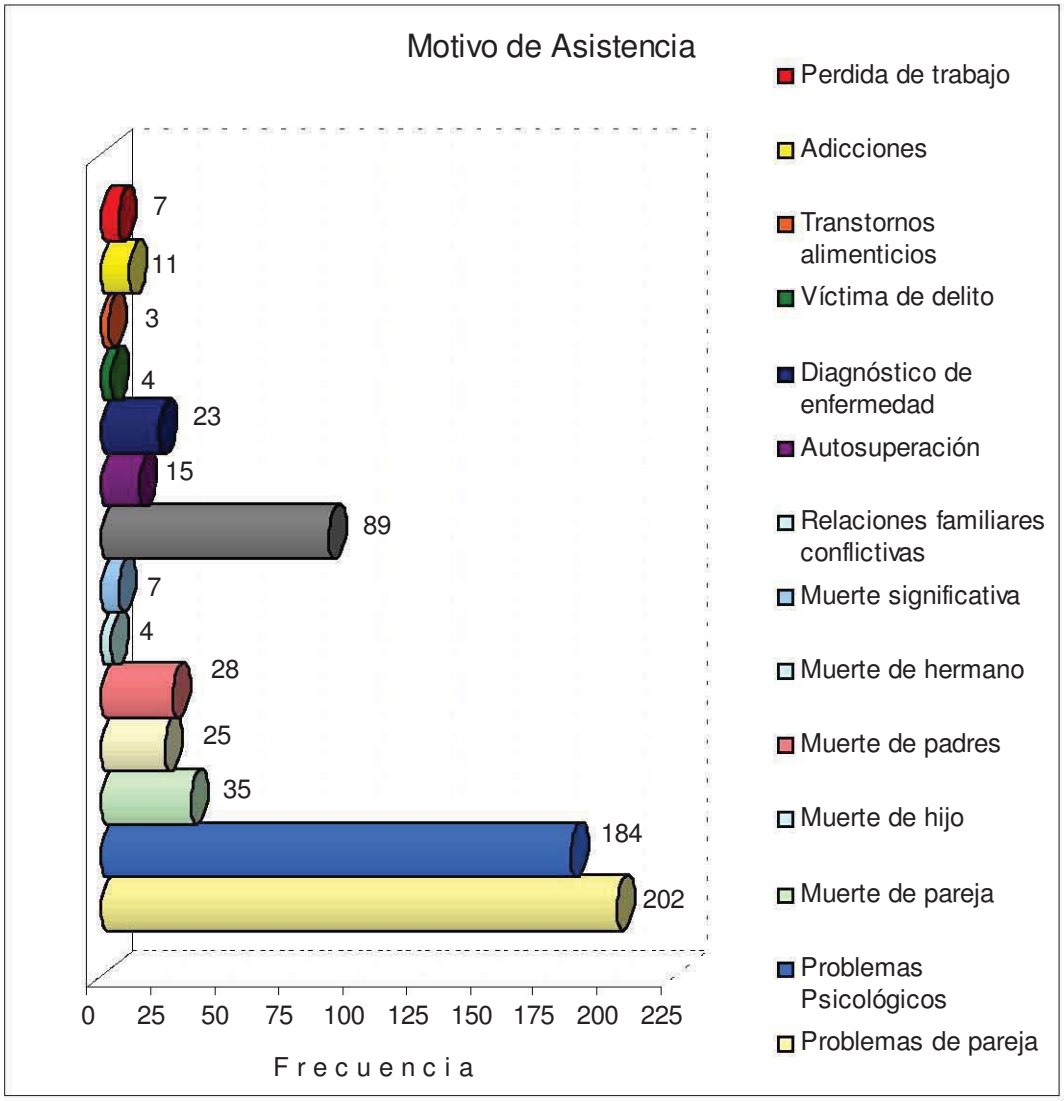


Figura 6. Motivo de asistencia registrado por los participantes.
La presentación de las frecuencias corresponde paralelamente
a la presentación de las leyendas.

b. Asistencia voluntaria.

La tabla 1, representa la asistencia al taller, con dos variantes. Es notable que casi la totalidad de los asistentes llegan por su propia voluntad, sólo un 1.1% se presentan "en contra de su voluntad". Cabe resaltar que cuando las personas no asisten por su propia voluntad se tienen la opción de retirarse, pero todas se quedan y lo concluyen.

Asistencia	%
SI	*98.9*
No	*1.1*
Total	100

Tabla 1. Asistencia voluntaria

3. Características de la muestra.

a. Apoyo emocional.

Esta variable se refiere a si los asistentes cuentan con algún tipo de apoyo emocional ante su condición de crisis. Se observa que el 42.5% cuentan con apoyo profesional de psicólogo y/o psiquiatra, el 40.4% afirman no tener ningún apoyo, y el 1.3% cuentan con apoyo religioso (véase tabla 2).

Apoyo	%
Profesional	*42.5*
Familiar	*12.3*
Amigos	*3.4*
Religioso	*1.3*
Sin apoyo	*40.4*
Total	100

Tabla 2. Apoyo emocional recibido
por los asistentes al taller.

b. Tratamiento médico.

La tabla 3 indica que la mayoría de los asistentes, un 63.9 % no llevan ningún tratamiento médico y no se medican.

Tratamiento Médico	%
Si	*36.1*
No	*63.9*
Total	100

Tabla 3. Esta tabla nos muestra si el asistente esta bajo tratamiento médico en el momento de asistir al taller.

c. Estimulantes.

La tabla 4 presenta ocho estimulantes:

1. *Comida:* se refiere a los chocolates, papas, pasteles, golosinas, hamburguesas, tacos, pan, etcétera.
2. *Cigarro:* se refiere al tabaco.
3. *Drogas permitidas:* se refieren a antidepresivos, ansiolíticos, pastillas para dormir, etcétera.
4. *Coca cola o refrescos de cola.*
5. *Café:* capuchino, descafeinado, frapé, etcétera.
6. *Alcohol.*
7. *Drogas:* marihuana, cocaína, cemento plástico, pastillas, etcétera.
8. *Varios:* se refiere al consumo de varios de los antes mencionados, es decir, comida y cigarro, alcohol y café, etcétera.

En primer lugar los asistentes al taller reportan usar como estimulante la comida, posteriormente le sigue el cigarro y en último las drogas. Sin embargo cabe resaltar que el 55.6% de la población afirma no utiliza ningún estimulante.

Estimulantes	%
Comida	*13.4*
Cigarro	*12.3*
Drogas permitidas	*3.6*
Coca Cola	*1.4*
Café	*2.2*
Alcohol	*3.3*
Drogas	*1.1*
Varios	*7.1*
Sin estimulantes	*55.6*
Total	100

Tabla 4. Estimulantes consumidos por los asistentes.

a. Apoyo familiar.

Se observa que casi dos terceras partes de la población cuentan con apoyo familiar y poco más de una tercera parte, no cuentan con ningún apoyo familiar (véase tabla 5).

Apoyo Familiar	%
Si	*63.4*
No	*36.6*
Total	100

Tabla 5. Apoyo familiar recibido por los asistentes.

4 .Expectativas.

Las expectativas que los participantes manifiestan tener sobre el taller, muestran que la mayoría quiere obtener información sobre su problema, el 33% necesita identificar que

puede hacer para resolver su problema y por último el 1% afirma que quiere que le resuelvan su problema, es decir, la mayoría tiene expectativas reales y sólo una minoría, esta última, irreales (véase figura 7).

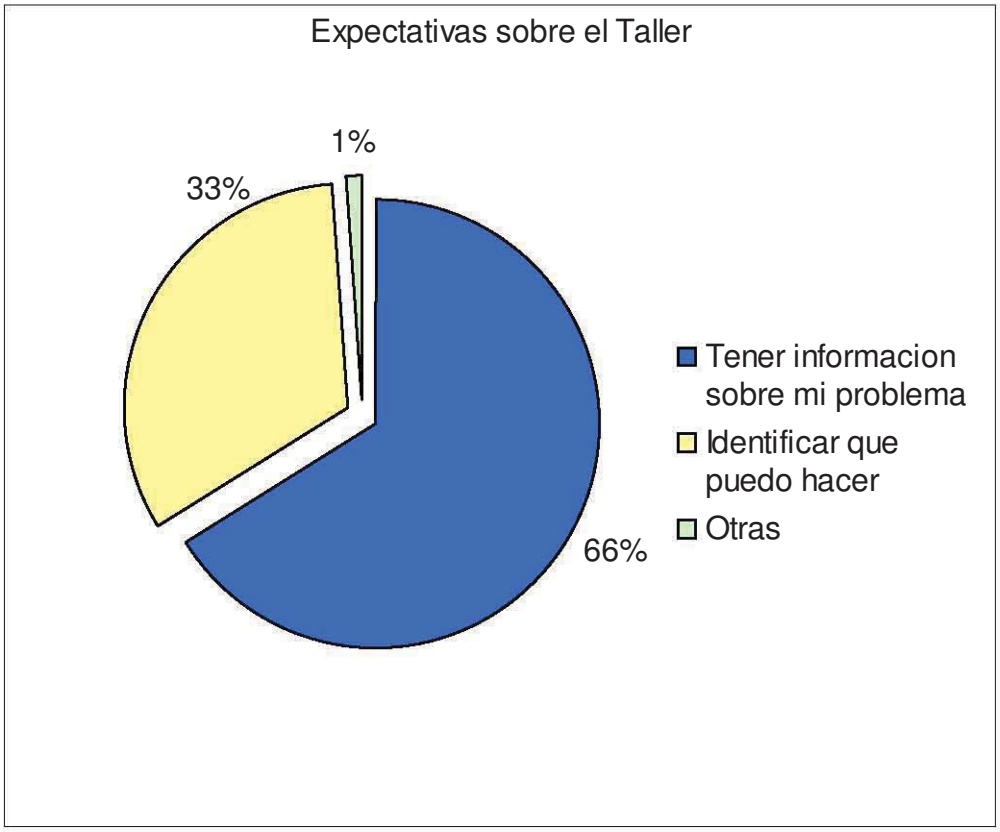


Figura 7. Esta figura muestra las expectativas que tienen los asistentes sobre el taller.

Diferencias por género.

1. Características demográficas.

La proporción de mujeres que han asistido al taller es de 73.1%, mientras que los hombres son sólo el 27% de la muestra. El 36.2% en las mujeres y el 28.7% en los hombres, están entre los 31 a 40 años de edad. Por el contrario, el 2.2% en las mujeres está entre los 19 a 20 años, en los hombres la minoría, es decir el 3% está entre los 61 a 71 años (ver figura 8).

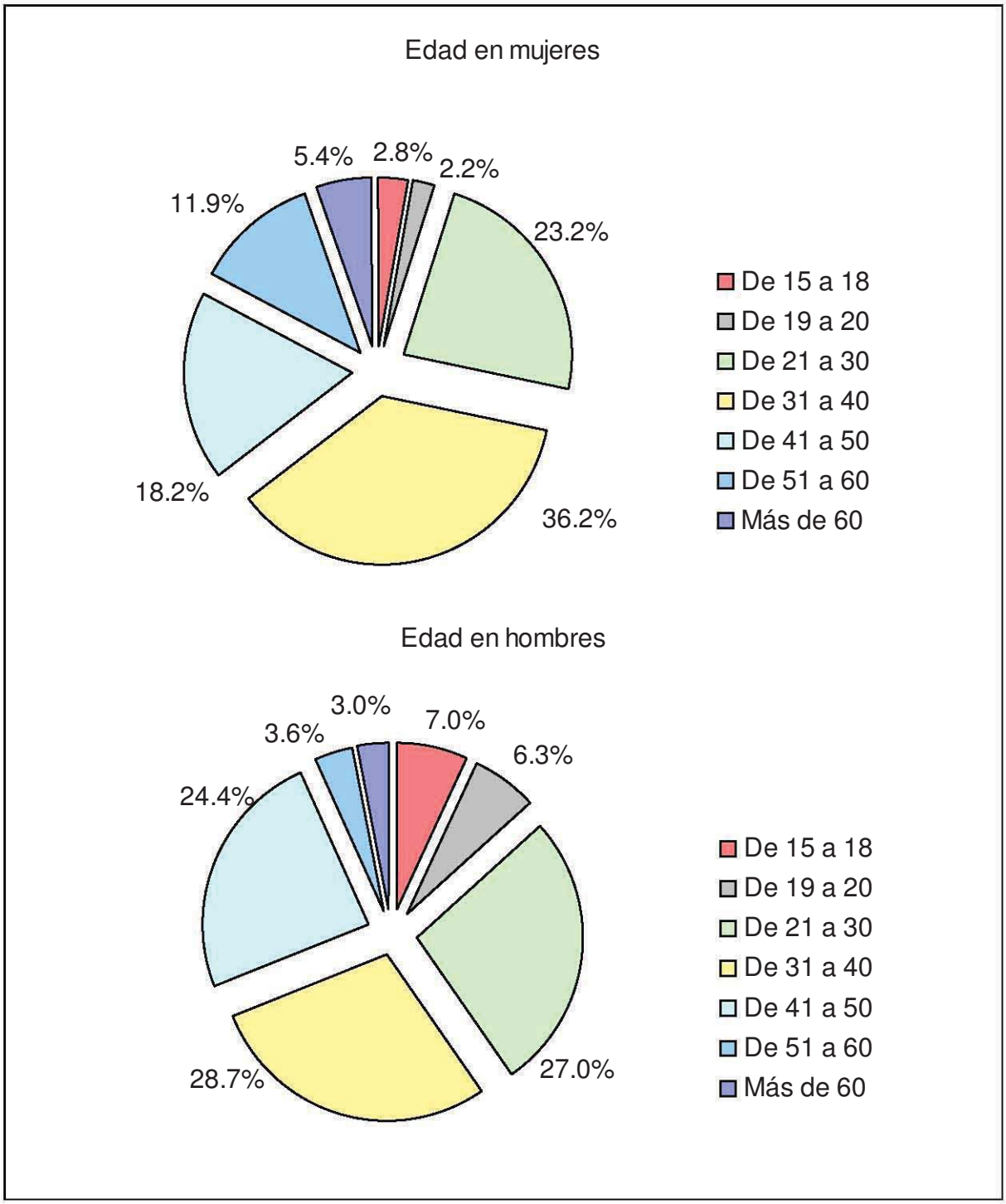


Figura 8. La figura superior presenta el porcentaje de edad en mujeres asistentes al taller. La figura inferior muestra el porcentaje de edad en hombres asistentes al taller.

En lo que se refiere al estado civil, la mayoría de las mujeres que asisten al taller son solteras (40.0%), mientras que los hombres solteros representan el 50.0 %. La minoría de las mujeres el 1.1% viven en unión libre, en tanto que los hombres un 1.2% (véase figura 9).

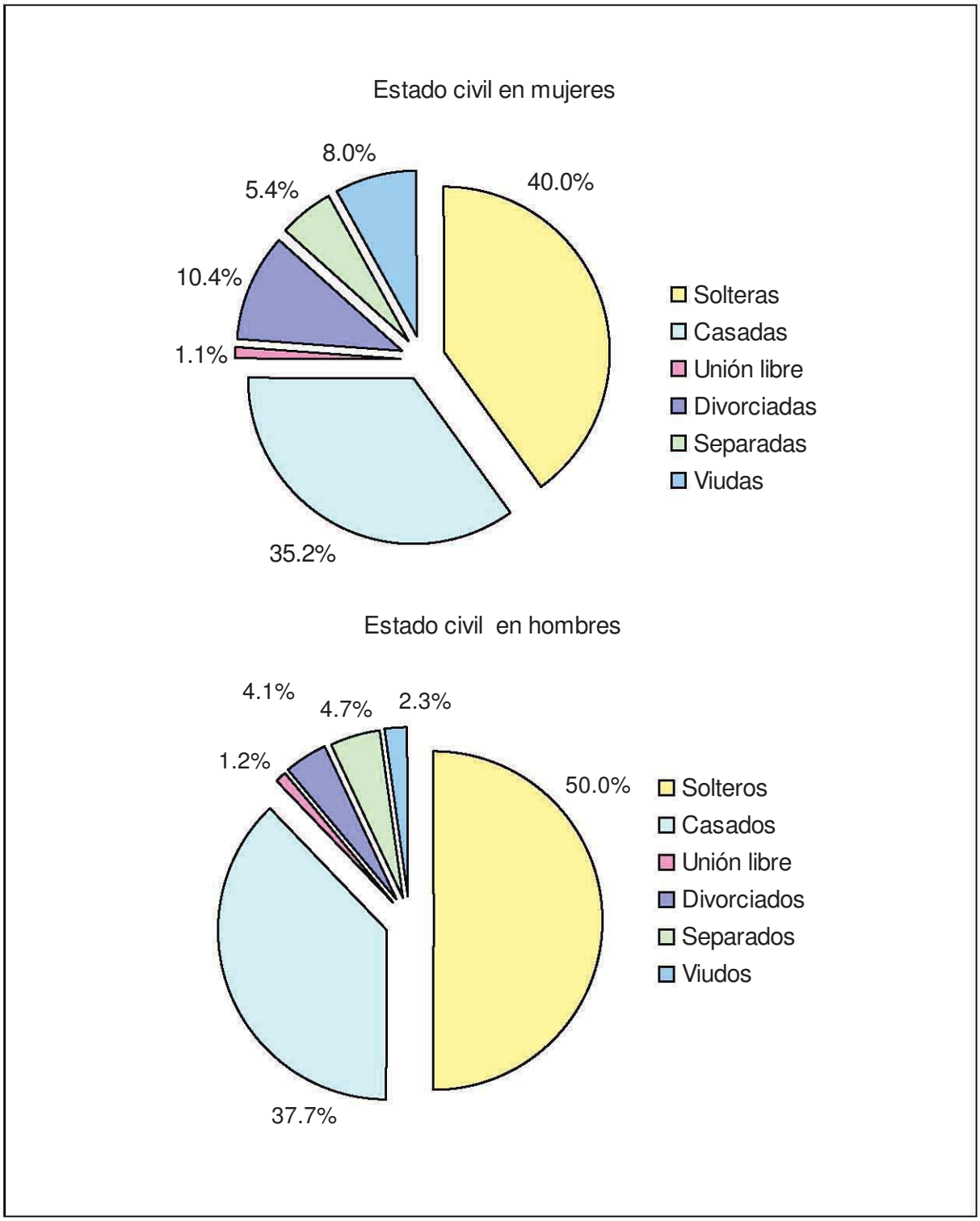


Figura 9. La figura superior muestra el estado civil en mujeres y la inferior el estado civil en hombres.

Lo que respecta al nivel de estudios, el 60.9% de las mujeres cuentan con estudios a nivel licenciatura, mientras que en los hombres es el 57.5%. Tanto en hombres como en mujeres los porcentajes mínimos están en el nivel de estudios básicos y medio (ver figura 10).

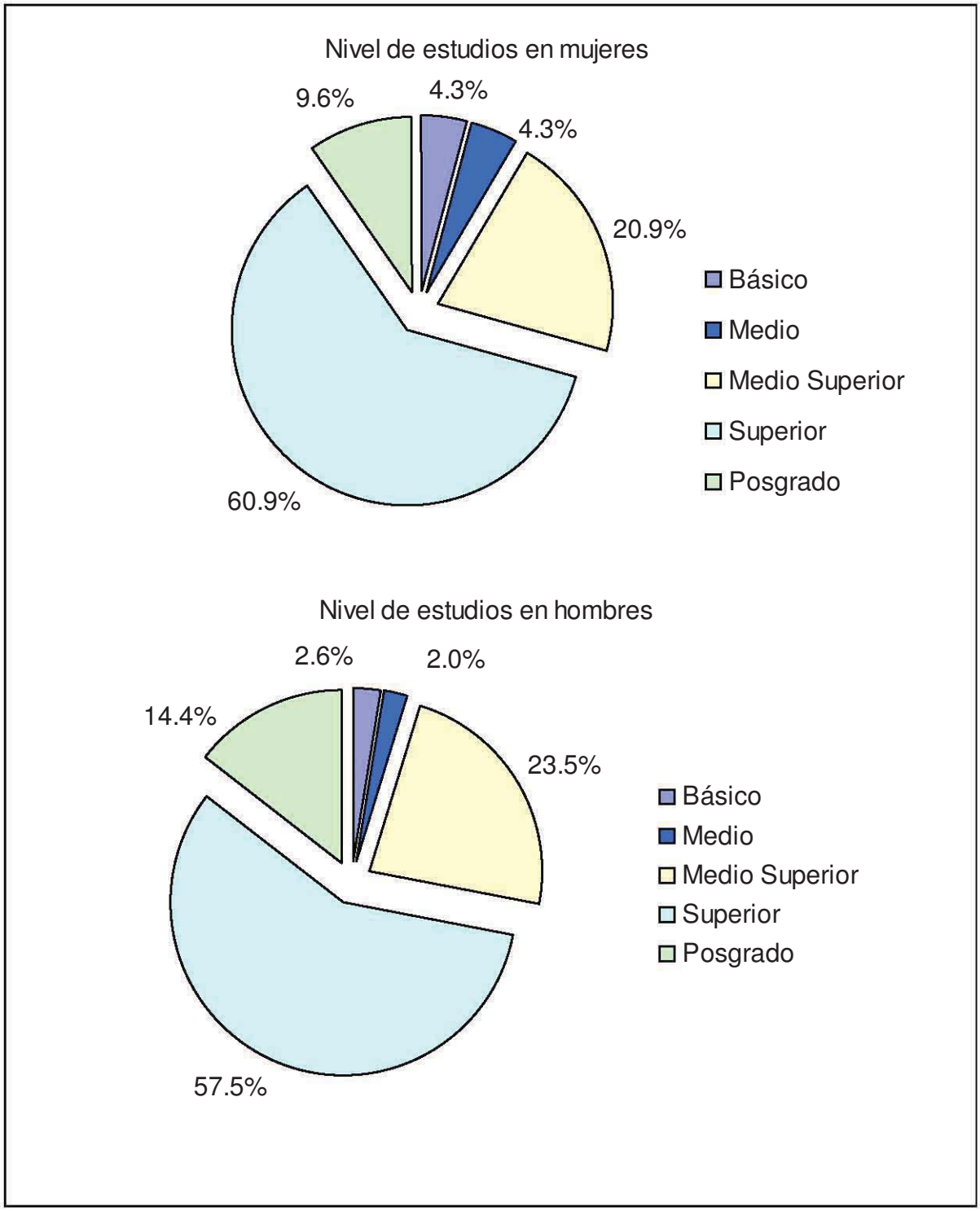
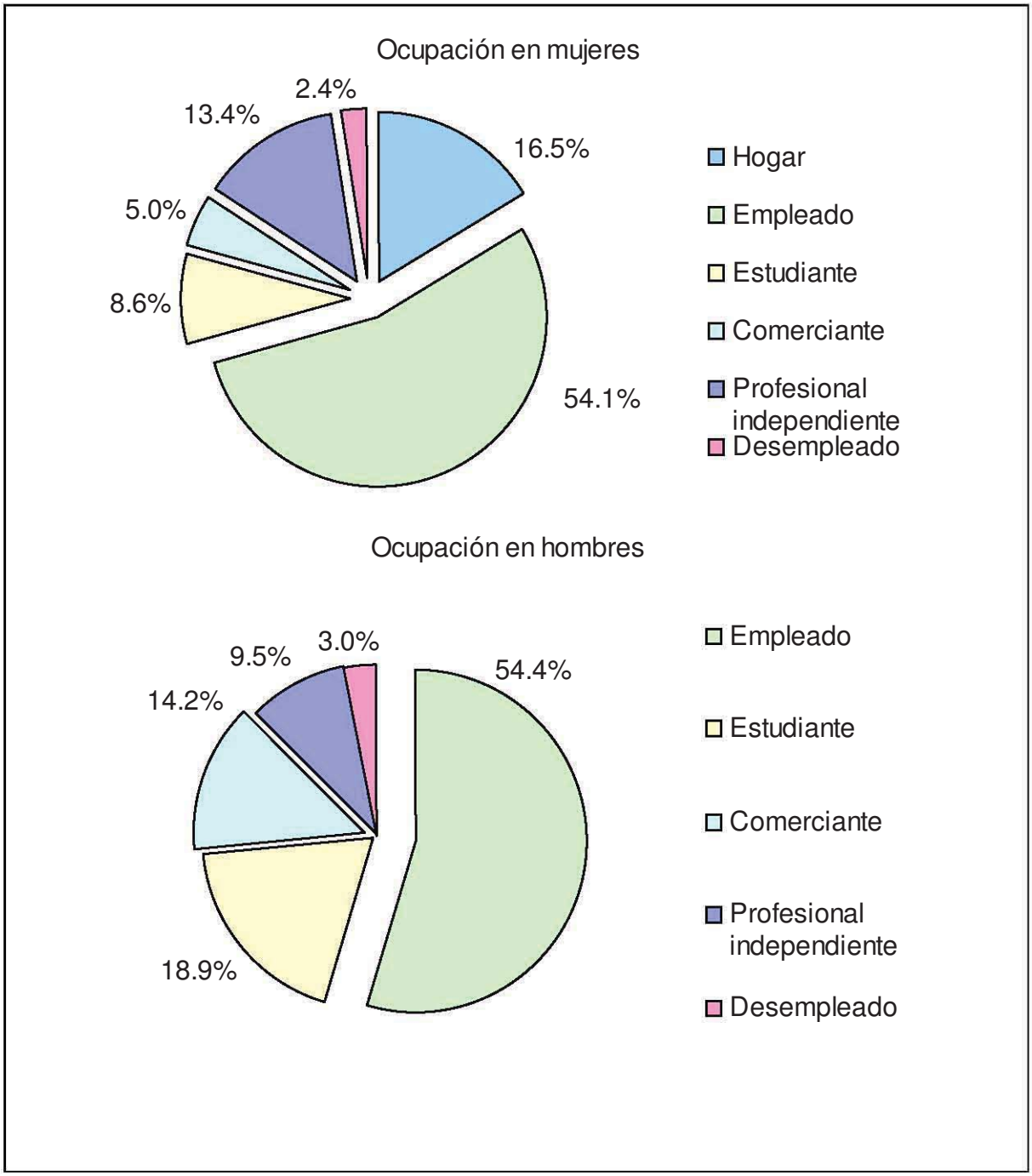


Figura 10. La figura superior muestra el nivel de estudios en mujeres y la inferior muestra el nivel de estudios en hombres.

En lo que se refiere a la ocupación la mayoría de las mujeres y hombres son empleados. Tanto en mujeres como en hombres la minoría están desempleados, las mujeres con 2.4% y los hombres con el 3.0% (ver figura 10).



10. La figura superior muestra la ocupación en mujeres,
la figura inferior muestra la ocupación en hombres.

2. Motivo de asistencia.

Las causas de asistencia que a continuación se presentan son las que cuentan con mayor puntaje. Las tres principales causas de asistencia al taller tanto en mujeres y hombres son: problemas de pareja con 150 y 52 asistentes respectivamente, problemas psicológicos (depresión, ansiedad, soledad e intento suicida) con 129 en mujeres y 55 en hombres y relaciones familiares conflictivas con 68 en mujeres y 21 en hombres.

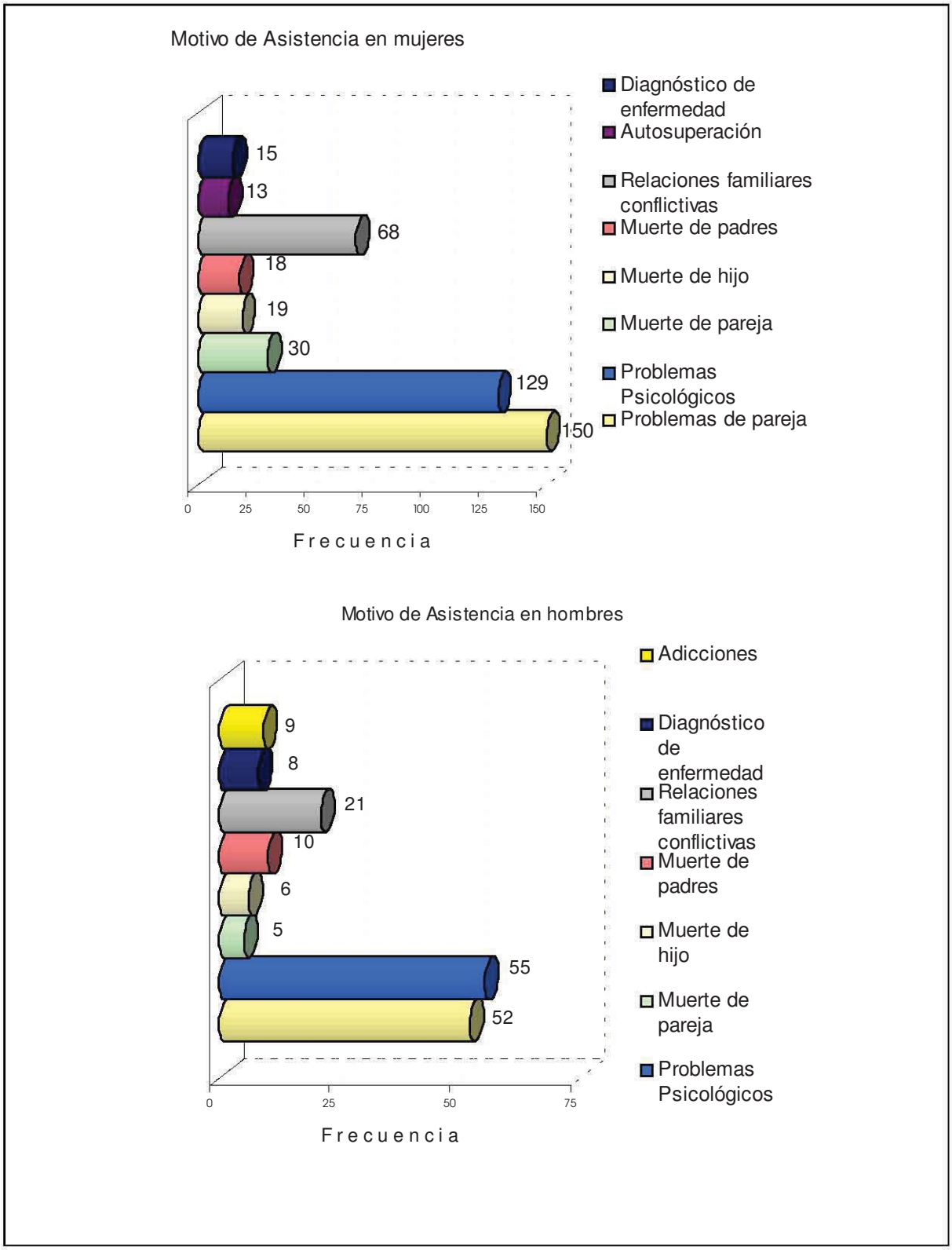


Figura 12. La figura superior muestra el motivo de asistencia en mujeres y la inferior muestra el motivo de asistencia en hombres. La presentación de las frecuencias corresponde paralelamente a la presentación de las leyendas.

Por otro lado, dentro de la asistencia por voluntad la tabla del lado izquierdo nos muestra que sólo una mínima parte, un 1.3% no están convencidas de tomar el taller. Igualmente los hombres, la mayoría asisten por su propia voluntad, y sólo el .6%, es decir, 1 persona asiste al taller en contra de su voluntad (ver tabla 6).

Mujeres

Asistencia	%
SI	*98.7*
No	*1.3*
Total	100

Hombres

Asistencia	%
SI	*99.4*
No	*0.6*
Total	100

Tabla 6. Porcentaje de asistencia en mujeres, lado derecho y en hombres, lado izquierdo.

3. Características de la muestra.

A continuación se muestra el tipo de apoyo con el cual cuentan los participantes al taller. Como se puede ver, el 44.2% de las mujeres cuenta con apoyo profesional, es decir, con algún psiquiatra o psicólogo, mientras que en los hombres el 38%; el 1.1% de las mujeres cuentan con apoyo religioso y el 1.8% en los hombres (ver tabla 7).

Mujeres

Apoyo	%
Profesional	*44.2*
Familiar	*12.0*
Amigos	*3.8*
Religioso	*1.1*
Sin apoyo	*38.9*
Total	100

Hombres

Apoyo	%
Profesional	*38*
Familiar	*13.3*
Amigos	*2.4*
Religioso	*1.8*
Sin apoyo	*44.6*
Total	100

Tabla 7. Se presenta del lado derecho la información de las mujeres con respecto al apoyo emocional recibido, y del lado izquierdo la de los hombres.

En lo que se refiere al tratamiento médico, la mayoría de las mujeres el 61.4% no se encuentra en ninguno, se decir, no están medicadas en el momento de tomar el taller, de manera similar pero en mayor porcentaje los hombres con un 70.5% tampoco están en tratamiento médico. Contrariamente las mujeres que si están medicadas son el 38.6% y los hombres el 29.5% (ver tabla 8).

Mujeres

Tratamiento Médico	%
Si	*38.6*
No	*61.4*
Total	100

Hombres

Tratamiento Médico	%
Si	*29.5*
No	*70.5*
Total	100

Tabla 8. La tabla del lado derecho muestra el tratamiento médico en las mujeres, del lado izquierdo el de los hombres.

Por otro lado, en las tablas se presentan 8 estimulantes que los asistentes reportaron tener dependencia o haber consumido. Las mujeres muestran una mayor dependencia hacia la comida con 15.6 %, los hombres por el contrario hacia el cigarro con 11.1%. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres no tiene ningún consumo de estimulantes y en los hombres el 61.4 % reportaron no haber consumido ningún estimulante (ver tabla 9).

Mujeres

Estimulantes	%
Comida	*15.6*
Cigarro	*12.8*
Drogas permitidas	*4.5*
Coca Cola	*1.7*
Café	*2.8*
Alcohol	*1.7*
Drogas	*0.4*
Varios	*6.9*
Sin estimulantes	*53.5*
Total	100

Hombres

Estimulantes	%
Comida	*7.6*
Cigarro	*11.1*
Drogas permitidas	*1.2*
Coca Cola	*0.6*
7Café	*0.6*
Alcohol	*7.6*
Drogas	*2.9*
Varios	*7*
Sin estimulantes	*61.4*
Total	100

Tabla 9. Del lado izquierdo se presenta los estimulantes que las mujeres han consumido y del lado izquierdo la dependencia que los hombres manifiestan tener.

Como se puede observar en la tabla 10 tanto hombres como mujeres en su mayoría cuentan con apoyo familiar.

Mujeres

Apoyo familiar	%
Si	*62.5*
No	*37.5*
Total	100

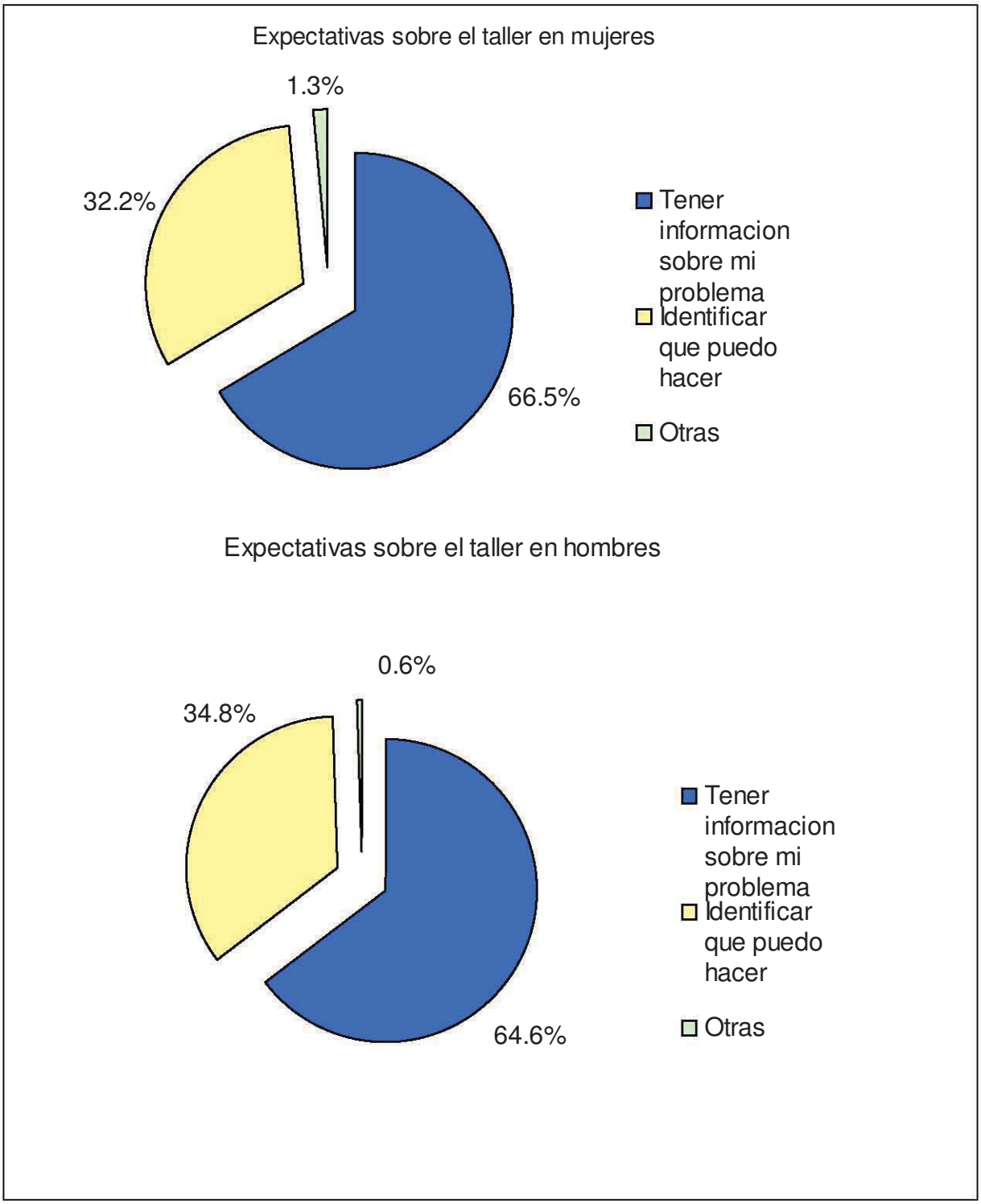
Hombres

Apoyo Familiar	%
Si	*65.9*
No	*34.1*
Total	100

Tabla 10. Apoyo familiar en mujeres y hombres.

4. Expectativas.

Dentro de las expectativas que los participantes manifiestan tener sobre el taller el 66.5% de las mujeres manifiesta querer obtener información sobre su problema, mientras que en los hombres el 64.6%, es decir, la mayoría tiene expectativas reales y sólo una minoría en las mujeres el 1.3% y en los hombres el 0.6% tiene expectativas irreales (ver figura 13).



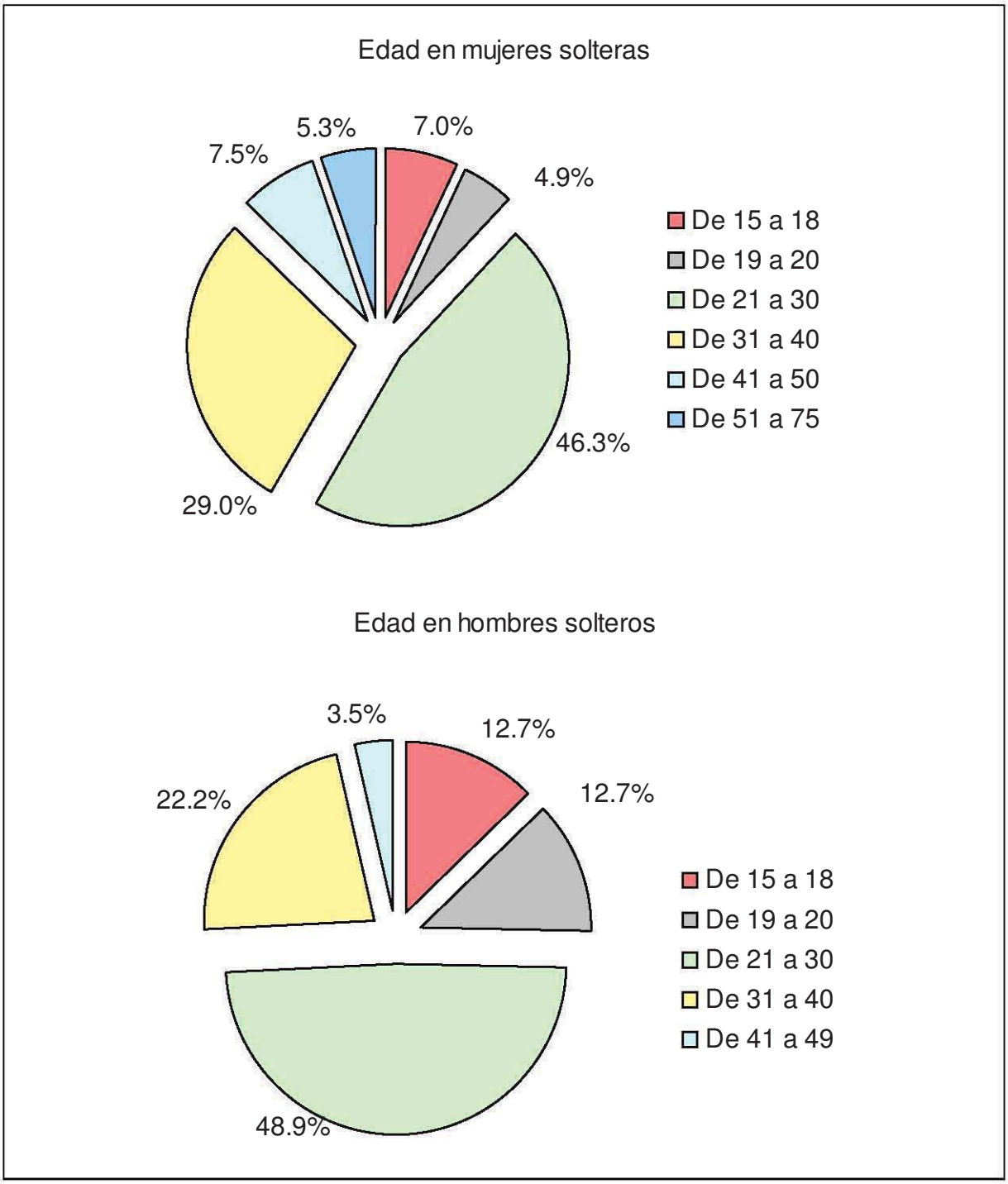
13. En la parte superior presenta las expectativas de las mujeres y en la inferior las de los hombres.

Diferencia por género
y estado civil.

1. Características demográficas.

El número de mujeres solteras que han asistido al taller son 184, el 39.0% del total de mujeres. La menor tiene 15 años y la mayor 75. El número de hombres solteros que han asistido al taller es de 86, el 49.7% de la muestra. El menor cuenta con 15 años y el mayor 49 años. La mayoría de las mujeres solteras, el 46.3%, están entre los 21 a 30 años, en este mismo rango de edad los hombres cuentan con el 48.9%. Por el contrario, en las mujeres solteras la minoría son el 4.9% y están entre los 19 y 20 años, la minoría en los hombres solteros es de 3.5%, y están entre los 41 a 49 años (ver figura 14).

El número de mujeres casadas que han asistido al taller son 161, el 34.1% del total de mujeres. La menor tiene19 años y la mayor 69. El número de hombres casados que han asistido al taller es de 65, el 37.5% de la muestra. El menor cuenta con 25 años y el mayor 71 años. La mayoría de las mujeres casadas, el 42.3%, están entre los 31 a 40 años. Por el contrario, la mayoría de los hombres casados, el 51.0%, están entre los 41 a 50 años. La minoría de las mujeres casadas está entre los 19 a 20 años y representa el 0.6%, en los hombres existen 2 minorías el 4.5% cada una, está entre los 25 a 30 años y los 61 a 71 años (ver figura 14).


Edad en mujeres solteras
7.0%
4.9%
46.3%
29.0%
7.5%
5.3%
De 15 a 18
De 19 a 20
De 21 a 30
De 31 a 40
De 41 a 50
De 51 a 75
Edad en hombres solteros
12.7%
12.7%
48.9%
22.2%
3.5%
De 15 a 18
De 19 a 20
De 21 a 30
De 31 a 40
De 41 a 49

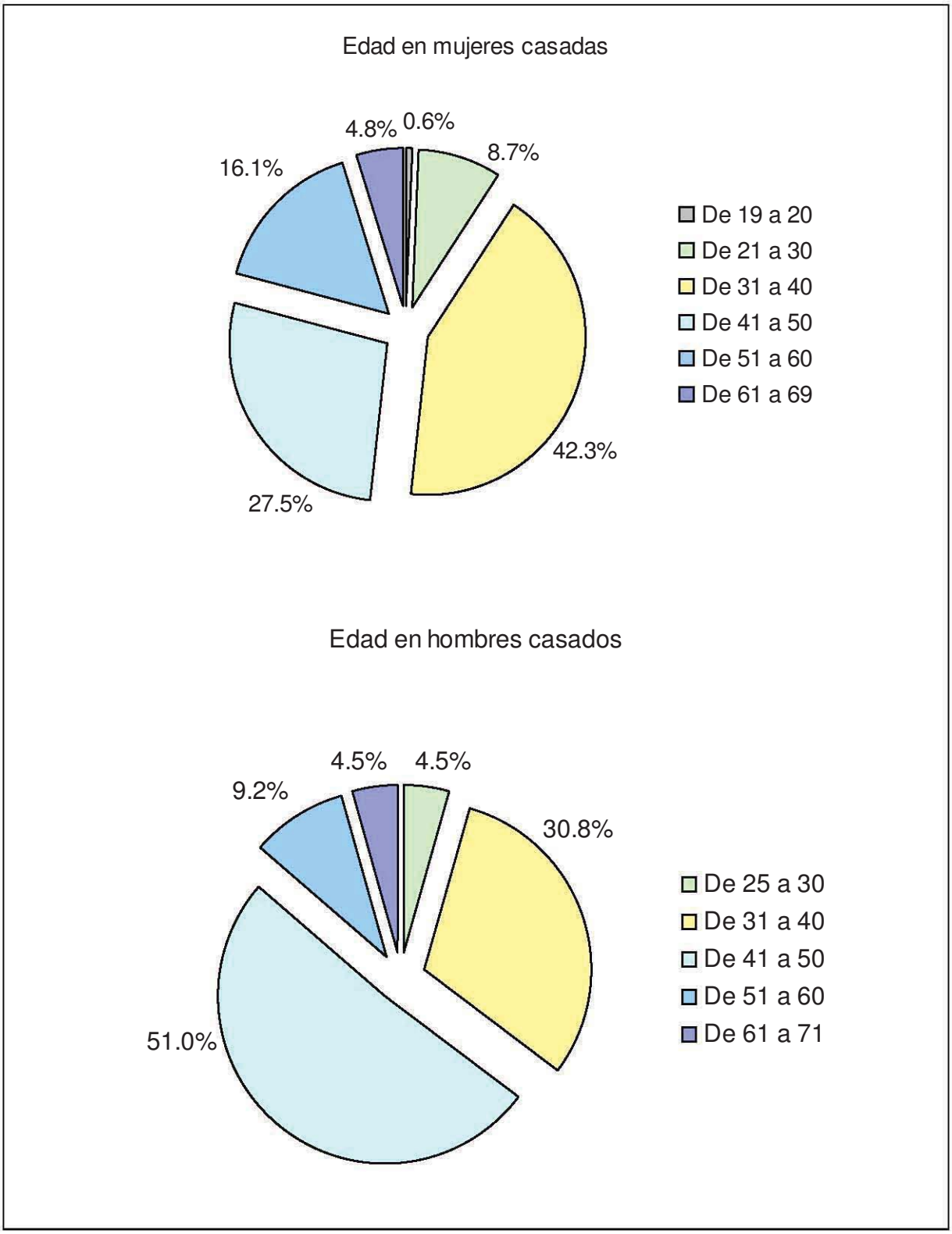
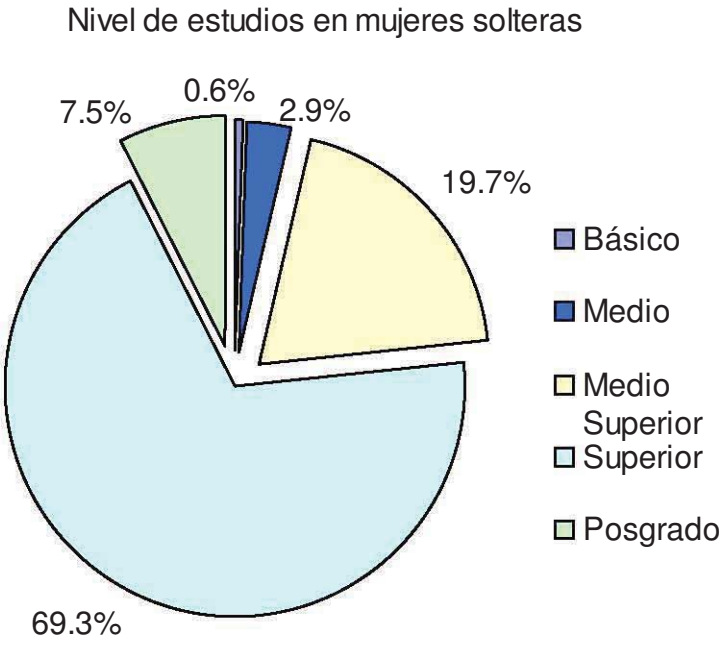
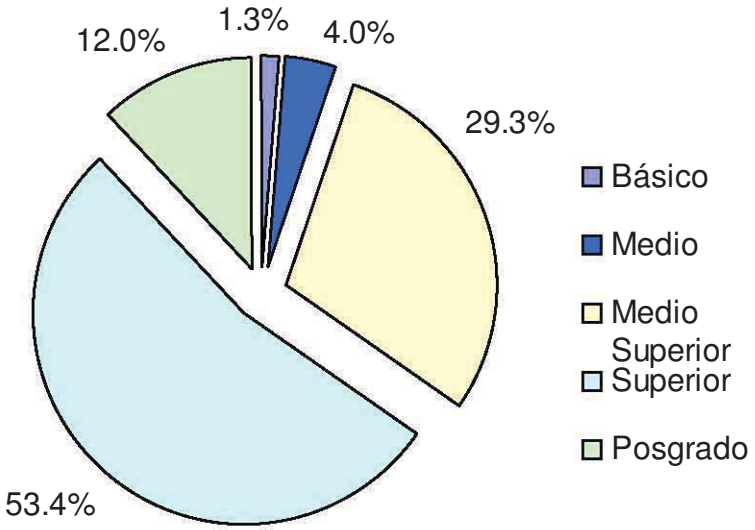


Figura 14. En la página anterior se presentan en la parte superior las mujeres solteras, posteriormente en la parte inferior los hombres solteros; en esta página se presentan en la parte superior las mujeres casadas y en la parte inferior los hombres casados.

En lo que respecta al nivel de estudios el 69.34 % de las mujeres solteras tiene un nivel de licenciatura, en los hombres solteros son el 53.4%. La minoría de las mujeres solteras, el .6 % tiene estudios básicos, en los hombres son el 1.3 % (ver figura 15).

En las mujeres casadas el 54.3 % del total de la muestra tiene un nivel de estudios a nivel licenciatura, en los hombres casados son el 59.3 %. La minoría de las mujeres casadas, el 3.6% tiene estudios a nivel medio, es decir, secundaria; en los hombres casados la minoría, es decir, el 3.4 % tiene estudios básicos (ver figura 15).


Nivel de estudios en mujeres solteras
7.5%
0.6%
2.9%
19.7%
69.3%
Básico
Medio
Medio Superior
Superior
Posgrado


Nivel de estudios en hombres solteros
12.0%
1.3%
4.0%
29.3%
53.4%
Básico
Medio
Medio Superior
Superior
Posgrado

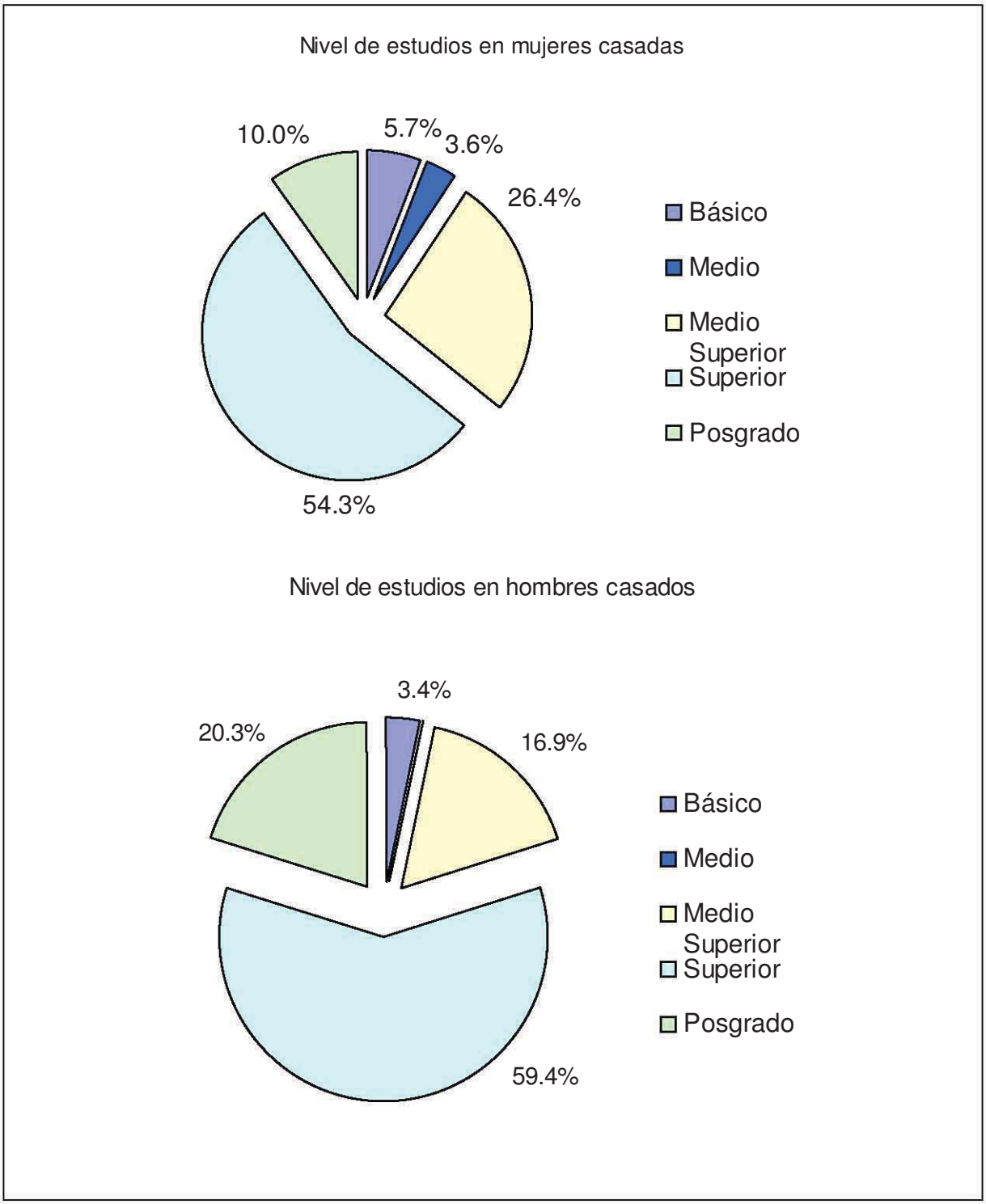
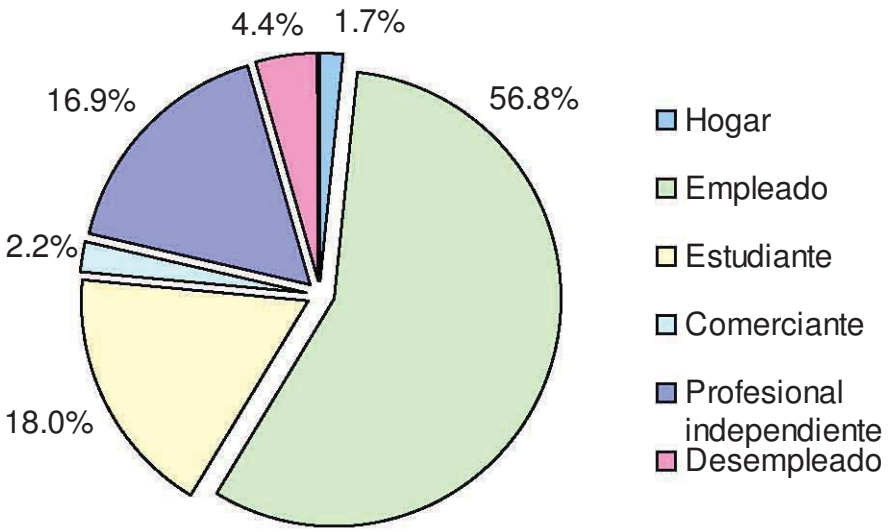
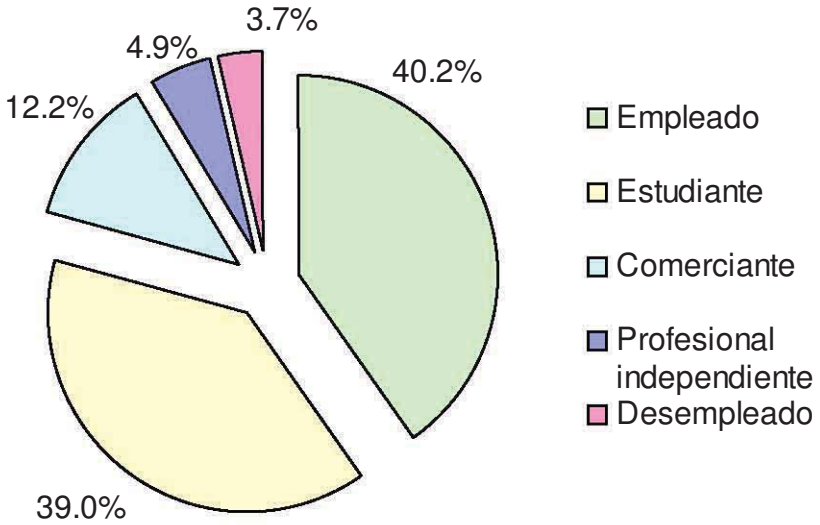


Figura 15. En la página anterior se presenta en la parte superior la gráfica correspondiente al nivel de estudios de las mujeres solteras, posteriormente en la parte inferior los hombres solteros; en esta página se presentan en la parte superior las mujeres casadas y en la parte inferior los hombres casados.

Por otro lado, en la ocupación el 56.8% de las mujeres solteras son empleadas, mientras que los hombres solteros son el 40.2%. En las mujeres solteras el 1.7 % se dedican al hogar, mientras que el 3.7 % de los hombres solteros están desempleados. El 43.0% de las mujeres casadas son empleadas, en tanto que los hombres casados son el 69.2%. El .6 % de las mujeres casadas están desempleadas, mientras que los hombres casados son el 3.1 % (ver figura 16).


Ocupaciónen mujeres solteras
4.4%
1.7%
16.9%
56.8%
2.2%
18.0%
Hogar
Empleado
Estudiante
Comerciante
Profesional independiente
Desempleado


Ocupación en hombres solteros
3.7%
4.9%
40.2%
12.2%
39.0%
Empleado
Estudiante
Comerciante
Profesional independiente
Desempleado

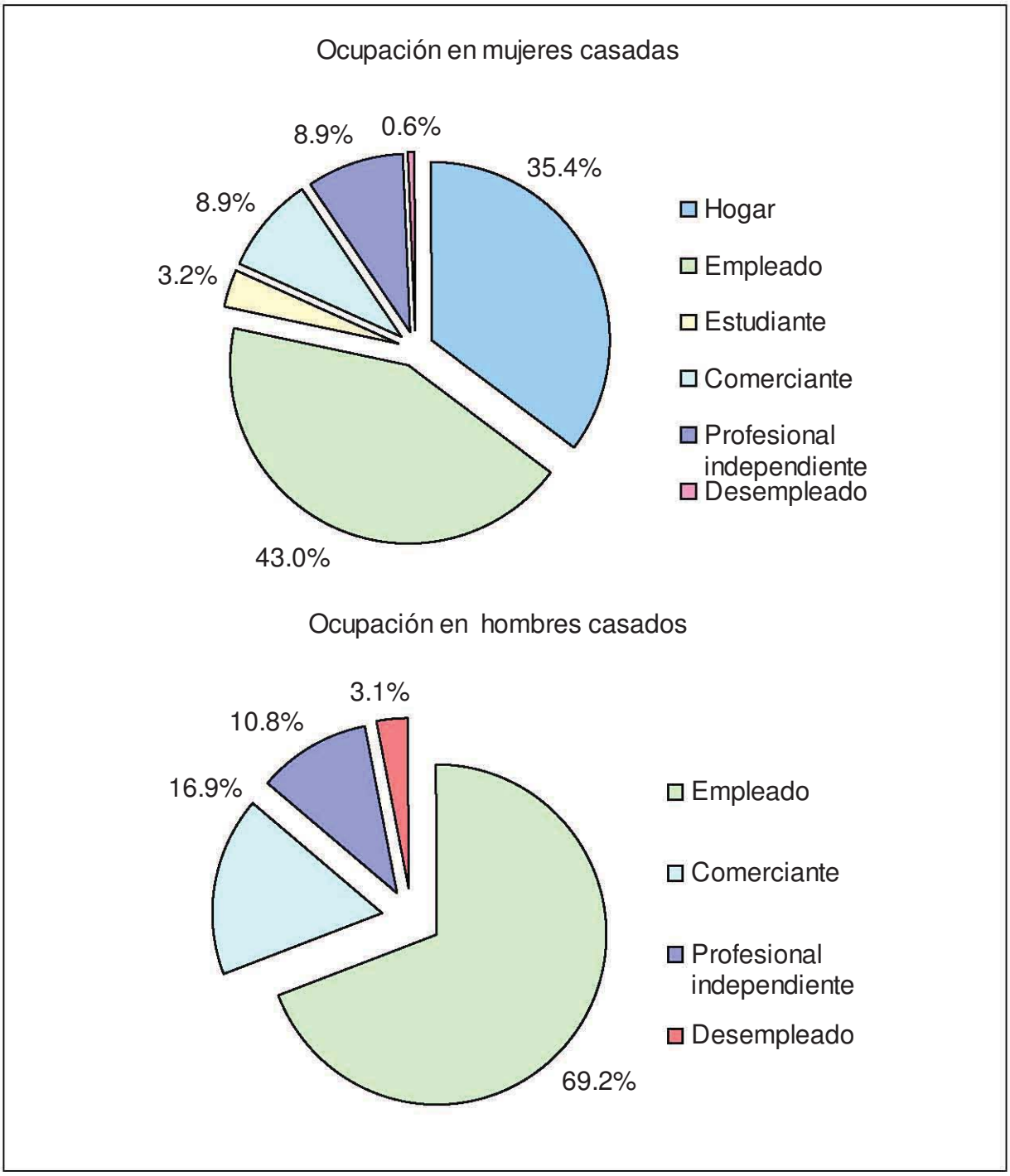
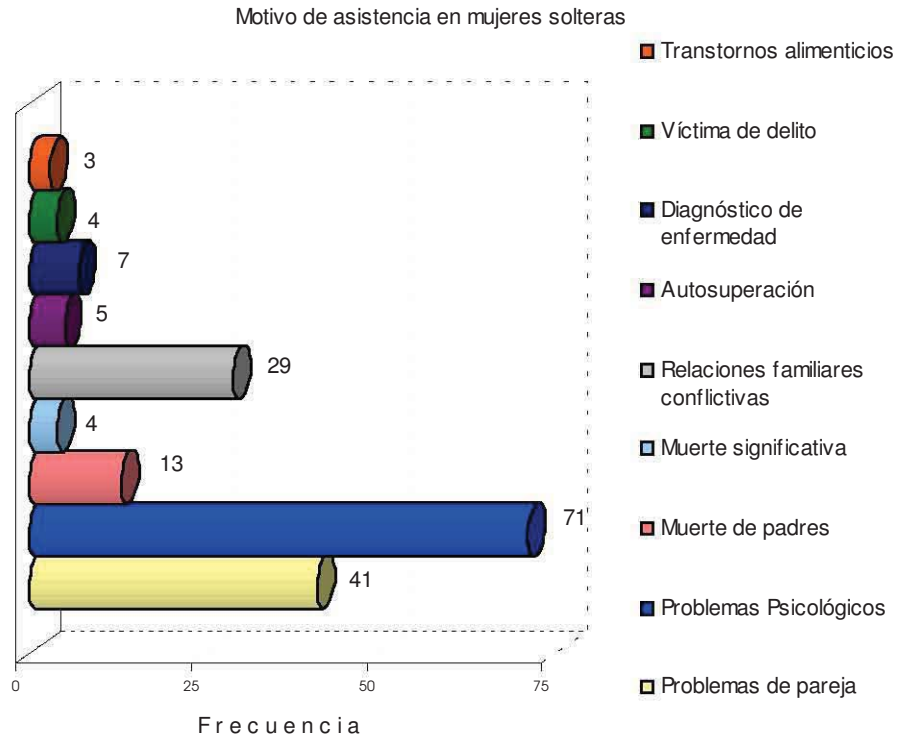


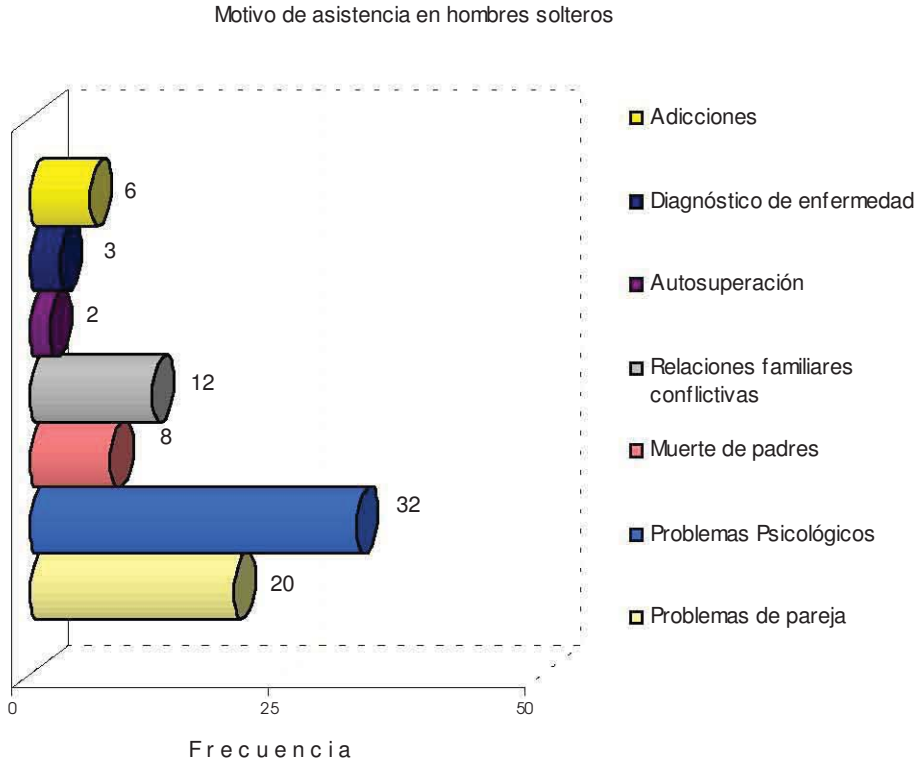
Figura 16. En la página anteriror se presenta en la parte superior la gráfica correspondiente a la ocupación de las mujeres solteras, abajo los hombres solteros; es ésta página se presenta en la parte superior la gráfica correspondiente a las mujeres casadas y en la parte inferior los hombres casados.

2. Motivo de asistencia.

A continuación se presenta el motivo de asistencia, sólo se presentan los motivos que hayan tenido algún valor. Las tres primeras causas de asistencia al taller son las mismas en hombres y mujeres, solteros y casados, con excepción de los hombres casados quienes no tienen como uno de los principales problemas, las relaciones familiares conflictivas. En primera instancia se presentan los resultados de las mujeres solteras: problemas de pareja con 41 personas, problemas psicológicos (depresión, ansiedad, soledad e intento suicida) con 55 personas y relaciones familiares conflictivas (problemas con los hijos, con los hermanos, con los padres, problemas económicos, etcétera) con 29 personas. En los hombres solteros los resultados son los siguientes: problemas de pareja con 20 personas, problemas psicológicos (depresión, ansiedad, soledad e intento suicida) con 32 personas y relaciones familiares conflictivas (problemas con los hermanos, con los padres, problemas económicos, etcétera) con 12 personas. Por otro lado tanto en mujeres como en hombres solteros, una de las causas que mostraron menos incidencia es: muerte de pareja con 1 persona cada uno. Los resultados en mujeres casadas son: problemas de pareja con 69 personas, problemas psicológicos (depresión, ansiedad, soledad e intento suicida) con 37 personas y relaciones familiares conflictivas (problemas con los hijos, con los hermanos, con los padres, problemas económicos, etcétera) con 23 personas. La causa que mostró menos incidencia es adicciones con 1 persona (ver figura 17).

En los que respecta a los hombres casados las dos principales causas de asistencia al taller en hombres solteros son: problemas de pareja con 22 personas, problemas psicológicos (depresión, ansiedad, soledad e intento suicida) con 20 personas. Por otro lado, las 2 causas que mostraron menos incidencia son: muerte de padres con 1 persona y pérdida de trabajo con 2 personas (ver figura 17).


Motivo de asistencia en mujeres solteras
Transtornos alimenticios
Víctima de delito
Diagnóstico de enfermedad
Autosuperación
Relaciones familiares conflictivas
Muerte significativa
Muerte de padres
Problemas Psicológicos
Problemas de pareja
3
4
7
5
29
4
13
71
41
0
25
50
75
Frecuencia


Motivo de asistencia en hombres solteros
Adicciones
Diagnóstico de enfermedad
Autosuperación
Relaciones familiares conflictivas
Muerte de padres
Problemas Psicológicos
Problemas de pareja
6
3
2
12
8
32
20
0
25
50
Frecuencia

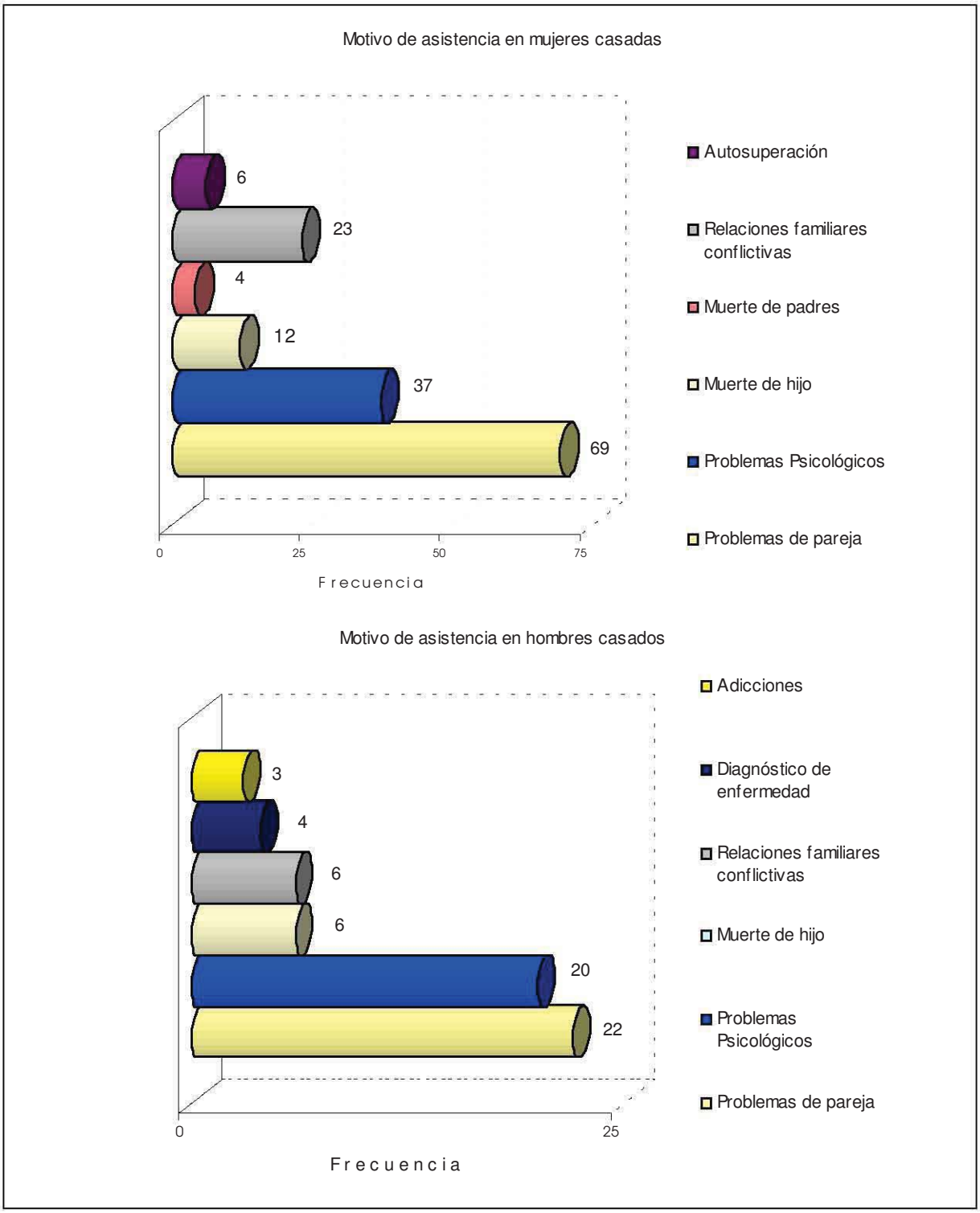


Figura 17. En la página anterior se presenta en la parte superior el motivo de asistencia de las mujeres solteras, abajo los hombres solteros; en ésta página se presenta en la parte superior las mujeres casadas y en la parte inferior los hombres casados. La presentación de las frecuencias corresponde paralelamente a la presentación de las leyendas. Se presentan las frecuencias más representativas.

En lo que se refiere a la asistencia voluntaria, tanto en mujeres como en hombres solteros y casados la gran mayoría de los participantes asisten por su propia voluntad: en mujeres solteras el 98.3 %, en los hombres solteros el 98.7%; en mujeres casadas 98.3 % y en hombres casados el 100% (ver tabla 11).

Mujeres solteras

Asistencia	%
SI	*98.3*
No	*1.7*
Total	100

Hombres solteros

Asistencia	%
SI	*98.7*
No	*1.3*
Total	100

Mujeres casadas

Asistencia	%
SI	*98.7*
No	*1.3*
Total	100

Hombres casados

Asistencia	%
SI	*100*
No	*0*
Total	100

Tabla 11. Del lado superior izquierdo podemos encontrar la asistencia voluntaria en mujeres solteras, en la parte inferior las casadas. En la parte superior derecha están los hombres solteros y en la inferior los casados.

3. Características de la muestra.

El apoyo emocional que las mujeres solteras reciben el 43.0 % es en su mayoría de profesionales (psicólogos o psiquiatra) y una mínima parte, el .6 % tiene apoyo religioso. En los hombres solteros la mayoría, el 40.7 % no cuentan con ningún tipo de apoyo y el 4.9 % de tiene apoyo de los amigos (ver tabla 12).

El apoyo emocional en mujeres casadas el 42.6 % es en su mayoría de profesionales (psicólogos o psiquiatra) y el .6 % al igual que las mujeres solteras tiene apoyo religioso.

En hombres casados la mayoría de ellos al igual que los solteros el 53.1 % no cuentan con ningún tipo de apoyo y el 4.7 % tiene apoyo religioso (ver tabla 12).

Mujeres solteras

Apoyo	%
Profesional	*43*
Familiar	*11.2*
Amigos	*4.5*
Religioso	*0.6*
Sin apoyo	*40.8*
Total	100

Hombres solteros

Apoyo	%
Profesional	*38.3*
Familiar	*16*
Amigos	*4.9*
Religioso	*0*
Sin apoyo	*40.7*
Total	100

Mujeres casadas

Apoyo	%
Profesional	*42.6*
Familiar	*13.5*
Amigos	*2.6*
Religioso	*0.6*
Sin apoyo	*40.6*
Total	100

Hombres casados

Apoyo	%
Profesional	*32.8*
Familiar	*9.4*
Amigos	*0*
Religioso	*4.7*
Sin apoyo	*53.1*
Total	100

Tabla 12. del lado izquierdo podemos encontrar el apoyo emocional que reciben las mujeres solteras y casadas. De lado derecho están los hombres solteros y casados que reciben apoyo emocional.

En lo que respecta al tratamiento médico, el 35.0 % de las mujeres solteras están en tratamiento médico y en los hombres solteros el 27.9 %. El 41.4 % de las mujeres casadas están en tratamiento médico, y 26.2% de los hombres casados estuvieron en tratamiento médico cuando asistieron al taller (ver tabla 13).

Mujeres solteras

Tratamiento Médico	%
Si	*35*
No	*65*
Total	100

Hombres solteros

Tratamiento Médico	%
Si	*27.9*
No	*72.1*
Total	100

Mujeres casadas

Tratamiento Médico	%
Si	*41.4*
No	*58.6*
Total	100

Hombres casados

Tratamiento Médico	%
Si	*26.2*
No	*73.8*
Total	100

Tabla 13. Del lado superior izquierdo podemos encontrar el apoyo emocional que reciben las mujeres solteras, en la parte inferior las casadas. En la parte superior derecha están los hombres solteros que reciben apoyo emocional y en la inferior los casados.

A continuación se presentan 8 estimulantes que los asistentes reportaron haber consumido. En las mujeres solteras los más representativos son: la comida con 16.5 % y el 60.4 % reportaron no haber consumido ningún estimulante. En los hombres solteros son: el cigarro y la comida con 10.5% y de forma muy parecida a las mujeres solteras el 61.6 % reportaron no haber consumido ningún estimulante (ver tabla 14).

En las mujeres casadas los más representativo es: de forma similar con las mujeres solteras en la comida 16.1 %, y el 51.6 % reportaron no haber consumido ningún estimulante. En los hombres casados el cigarro con 12.7 % y el 60.3 % reportaron no haber consumido ningún estimulante (ver tabla 14).

Mujeres solteras

Estimulantes	%
Comida	*16.5*
Cigarro	*12.1*
Drogas permitidas	*1.6*
Coca Cola	*1.6*
Café	*2.2*
Alcohol	*0.0*
Drogas	*0.5*
Varios	*4.9*
Sin estimulantes	*60.4*
Total	100

Hombres solteros

Estimulantes	%
Comida	*10.50%*
Cigarro	*10.5*
Drogas permitidas	*0*
Coca Cola	*0*
Café	*1.2*
Alcohol	*7*
Drogas	*4.7*
Varios	*4.7*
Sin estimulantes	*61.6*
Total	100

Mujeres casadas

Estimulantes	%
Comida	*16.1*
Cigarro	*12.4*
Drogas permitidas	*4.3*
Coca Cola	*2.5*
Café	*3.7*
Alcohol	*2.5*
Drogas	*0.6*
Varios	*6.2*
Sin estimulantes	*51.6*
Total	100

Hombres casados

Estimulantes	%
Comida	*3.2*
Cigarro	*12.7*
Drogas permitidas	*1.6*
Coca Cola	*1.6*
Café	*0.0*
Alcohol	*11.1*
Drogas	*1.6*
Varios	*7.9*
Sin estimulantes	*60.3*
Total	100

Tabla 14. Del lado superior izquierdo podemos encontrar los estimulantes que han consumido las mujeres solteras, en la parte inferior las casadas. En la parte superior derecha se encuentran los estimulantes que los hombres solteros consumen y en la parte inferior los casados.

En lo que respecta al apoyo familiar el 65.3 % de las mujeres solteras si tienen el apoyo de su familia y en los hombres solteros el 63.0 % (ver tabla 15). En las mujeres casadas el 57.5 % si tienen el apoyo de su familia y en los hombres casados el 67.2 % (ver tabla 15).

Mujeres solteras

Apoyo familiar	%
Si	*65.3*
No	*34.7*
Total	100

Hombres solteros

Apoyo familiar	%
Si	*63*
No	*37*
Total	100

Mujeres casadas

Apoyo Familiar	%
Si	*57.5*
No	*42.5*
Total	100

Hombres casados

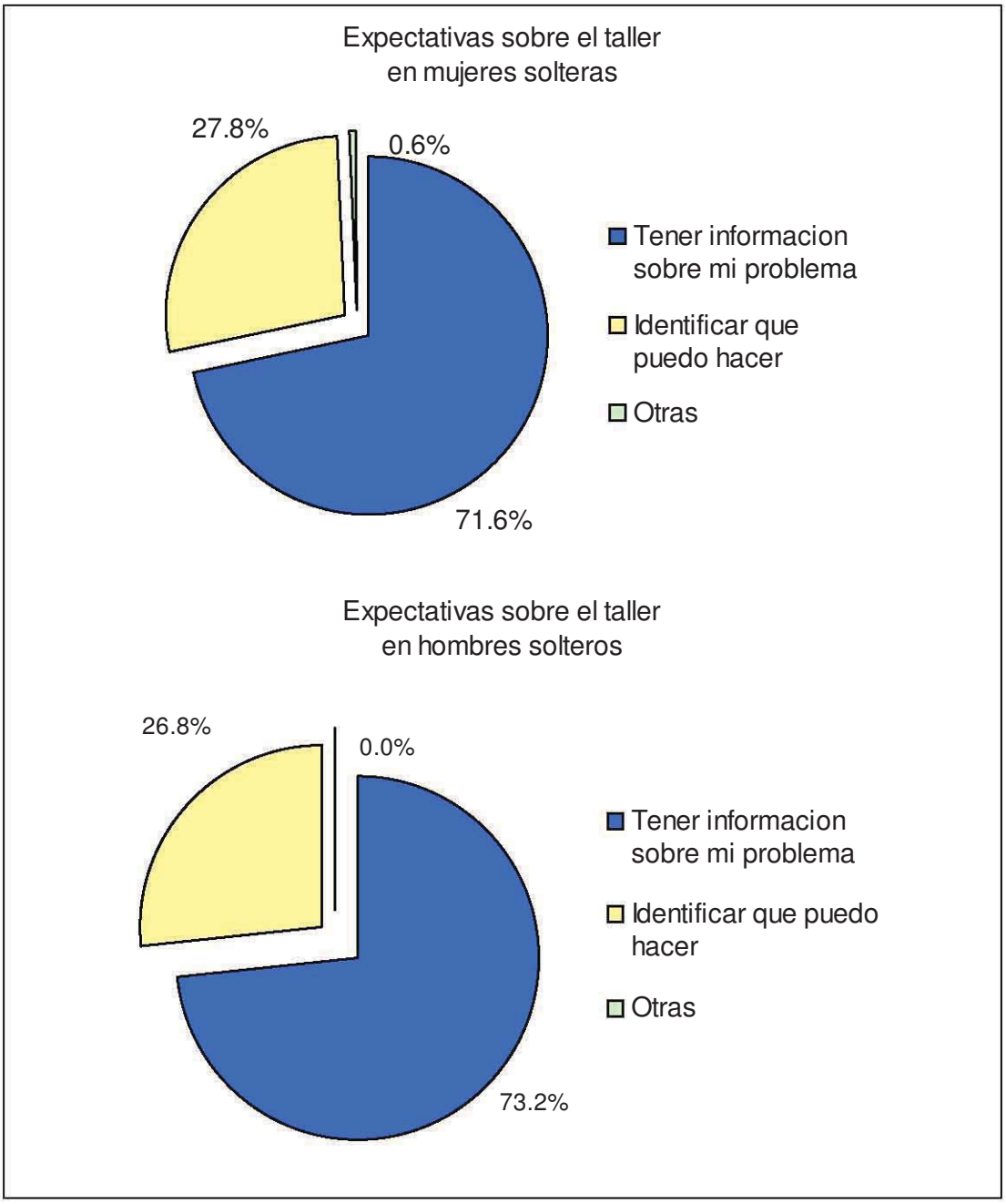
Apoyo familiar	%
Si	*67.2*
No	*32.8*
Total	100

Tabla 15. Del lado superior izquierdo podemos encontrar los estimulantes que han consumido las mujeres solteras, en la parte inferior las casadas. En la parte superior derecha se encuentran los estimulantes que los hombres solteros consumen y en la parte inferior los casados.

4. Expectativas.

El 71.6% de las mujeres solteras manifiesta querer obtener información sobre su problema y el .6% quiere que se lo resuelvan. En los hombres solteros el 73.2% manifiesta querer obtener información sobre su problema (ver figura 18).

En mujeres casadas 65.2% manifiesta querer obtener información sobre su problema, en los hombres casados es el 55.7% y el 1.6 % de éstos últimos quiere que le resuelvan su problema. Para todos los casos antes mencionados la mayoría tiene expectativas reales y sólo una minoría irreales, es decir, quiere que le resuelvan su problema (ver figura 18).


Expectativas sobre el taller
en mujeres solteras
27.8%
0.6%
71.6%
Tener informacion sobre mi problema
Identificar que puedo hacer
Otras
Expectativas sobre el taller
en hombres solteros
26.8%
0.0%
73.2%
Tener informacion sobre mi problema
Identificar que puedo hacer
Otras

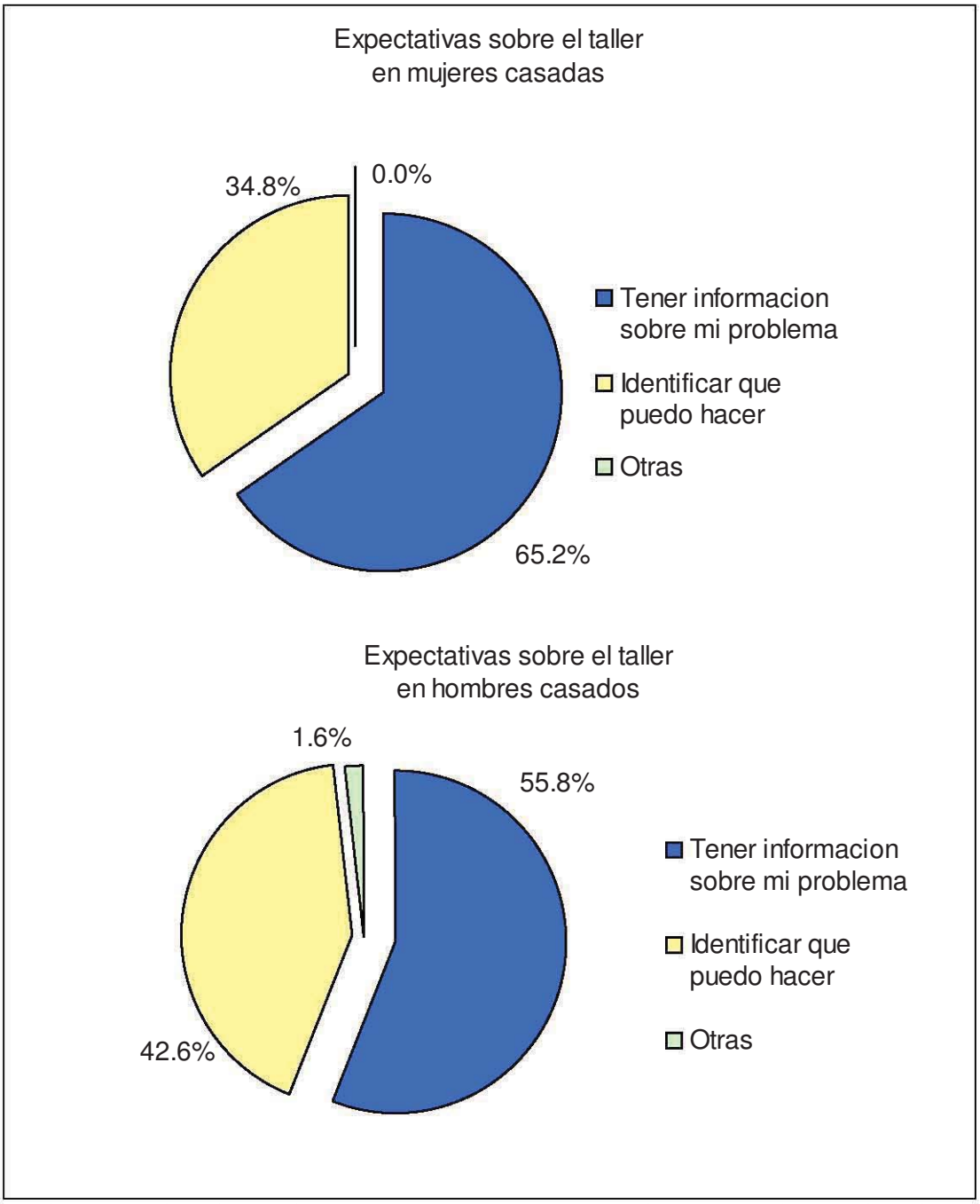


Figura 18. En la página anterior podemos encontrar en la parte superior las expectativas que tienen las mujeres solteras sobre el taller, abajo los hombres casados; en ésta página se presentan en la parte superior las mujeres casadas y en la parte inferior los hombres casados.

Por último, con el objetivo de verificar la información, desarrollo y atención brindada en el área de intervención en crisis que tienen las instituciones de salud en la

Ciudad de México, se realizó una encuesta telefónica de Marzo a Mayo del 2001 (anexo 3). Se encuesto a 42 hospitales gubernamentales, de asistencia pública y particulares, en la zona metropolitana y el área conurbana, en ésta encuesta se pudo observar la gran desinformación, poca asistencia y el mínimo o nulo desarrollo en instituciones de salud que se le ha dado a la intervención en crisis. Sólo 26 de los 42 hospitales, es decir, el 61.9 % dicen contar con servicio de intervención en crisis. De esos 26 la cruz roja de Polanco brinda servicio de apoyo psicológico por teléfono, el DIF de Tlalnepantla plantel "Santa Mónica" y el hospital particular Médica Sur, brindan intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos. De los 42 hospitales sólo 4 tienen personal suficiente, es decir, de 10 (DIF Neza) a 60 (cruz roja de Polanco) psicólogos o psiquiatras que atienden las necesidades internas. Todos los demás hospitales (con excepción de los psiquiátricos: infantil, San Fernando y el de medicina familiar # 10, los cuales no tenían el número exacto de profesionales, ya que su población es extensa), los cuales muchos de ellos son hospitales nacionales o de zona cuentan con un promedio de 2.3 profesionales por hospital que atienden a toda la población, algunos de ellos son pasantes o practicantes. Resulta necesario mencionar que ninguno tenía en ese entonces algún plan de intervención en crisis estructurado, ni servicio las 24 horas del día. Todo esto resulta alarmante, ya que en cualquier emergencia que tengamos de forma particular o general, ningún hospital o clínica encuestada tendría la posibilidad de atender las necesidades psicológicas con intervención en crisis de forma sistemática y con un plan adecuado.

Nombre de archivo:	A8
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	CAPÍTULO 5
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	27/04/05 10:41 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	27/04/05 10:42 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	1 minuto
Impreso el:	02/12/05 06:05 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	49
Número de palabras:	4,636 (aprox.)
Número de caracteres:	26,429 (aprox.)

ANÁLISIS DE RESULTADOS
Y CONCLUSIONES

A través de mi experiencia a partir del 2000 a la fecha en el "Taller de crecimiento a partir de la crisis" del Centro de Intervención en Crisis, es posible llegar a las siguientes conclusiones:

Con relación al trabajo con los asistentes al taller se presentan las siguientes características:

Más de tres cuartas partes de la población que asiste al taller es gente joven de 21 a 50 años. Podríamos afirmar que la mayoría de las personas jóvenes tienen mayor apertura hacia la ayuda psicológica. En lo que respecta a la comparación mujer-hombre los porcentajes son muy similares, las diferencias radican en que existe un mayor porcentaje de mujeres adultas de 51 a 60 años y más hombres jóvenes de 15 a 20 años. En comparación, la mayoría de los solteros asistentes son hombres. Existen más mujeres adultas solteras (más de 60 años) y menos hombres adultos solteros. En relación a los casados existen más mujeres jóvenes casadas que hombres, se puede afirmar, las mujeres se casan más jóvenes que los hombres y existen más mujeres que no se casan. Existe una gran diferencia entre mujeres casadas y solteras; la mayoría de las mujeres casadas tienen de 31 a 40 años; mientras en las mujeres solteras ésta edad es casi la minoría. Las mujeres casadas no sobrepasan los 69 años de edad mientras que las mujeres solteras llegan hasta los 75 años de edad. Entre los hombres solteros y casados, estos últimos son más viejos, mientras los solteros son más jóvenes.

Del total de participantes casi tres cuartas partes son mujeres, es decir, la mayoría de los asistentes son mujeres. Podemos afirmar que gran parte de las mujeres cuentan con una mayor apertura hacia la ayuda psicológica. A la mayoría de los hombres les cuesta trabajo identificar sus sentimientos y consideran que pueden resolver sus problemas sin ayuda externa, regularmente tienen una menor apertura hacia la ayuda psicológica. Además en nuestro país se tiene todavía la idea de que los hombres no deben ni pueden manifestar

sus emociones, “los hombres no lloran” se dice comúnmente; sin embargo, aunque en menor número hay asistencia de varones.

Con respecto al estado civil, la mayoría de los asistentes al taller son solteros, en segundo lugar se encuentran las personas casadas. Esto nos refiere al primer motivo de asistencia al taller: los problemas de pareja, lo cual indica, tanto solteros como casados tienen dificultades con su pareja. En la comparativa mujer-hombre existen más mujeres que hombres divorciados y viudos, pero hay más hombres que mujeres solteras.

El motivo de asistencia que se presentó con mayor frecuencia son los problemas de pareja, posteriormente los problemas psicológicos (depresión, ansiedad, intento suicida y soledad) y las relaciones familiares conflictivas. En conclusión, de acuerdo a Slaikeu (1996) las crisis de desarrollo y las crisis vitales son más frecuentes en el taller; es decir, la mayoría de las crisis están relacionadas con el desplazamiento de una etapa de crecimiento a otra: los problemas de pareja, familiares, de salud, ansiedad, depresión, soledad o intento suicida por insatisfacción con las metas alcanzadas, además de la acumulación de sucesos críticos o también llamadas crisis vitales. En lo que se refiere a la comparativa mujer-hombre se observa, no hay mujeres que tengan como motivo de asistencia el intento suicida. De forma similar no existen hombres que tengan como motivo de asistencia la muerte de un hermano, víctima de delito o trastornos alimenticios, mientras que en las mujeres si se presentan.

Por otro lado, la mayoría de las personas que aceptan tomar el taller cuentan con un nivel de estudios superior (nivel licenciatura), y la minoría tiene estudios básicos (primaria) o medios (secundaria). Contrariamente a estos resultados el “Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis” está diseñado para todo tipo de personas, pero esto puede indicar:

1. El taller tiene mayor difusión con personas que cuentan con nivel de estudios superior.
2. Que las personas con una carrera profesional tienen una mayor apertura hacia el cambio.
3. Que las personas más preparadas tiene mayores ingresos y de esta misma forma la posibilidad de acceder a este tipo de talleres.

4. Que las personas con una carrera profesional tienen mayor información sobre aspectos de salud mental y su forma de apoyo.

De acuerdo con Dixon (1987) las personas que están más habilitadas emocional, cognitiva y físicamente, tienen un significado del evento menos distorsionado, lo que trae consigo la posibilidad de afrontar la crisis con menos efectos debilitante maximizando la probabilidad de crecimiento.

Por otro lado, el género y el estado civil no son variables que definen el nivel de estudios pues los resultados son muy parecidos, a excepción de aquellos con estudios superiores en donde las mujeres están por arriba de los hombres con un 3.4%. De forma similar los hombres están por arriba de las mujeres en los postgrados con un 4.8%. Entre las mujeres y hombres solteros, más mujeres solteras tienen estudios a nivel licenciatura, por el contrario existen más hombres con estudios básicos.

Más del 70% de los asistentes son económicamente activos, es decir, cuentan con un trabajo con remuneración económica. Una minoría, el 2.5% no tiene trabajo, son desempleados. Estas cifras corresponden, ya que para asistir al taller, como se mencionó anteriormente, hay que pagar una cuota de recuperación, que aunque significativa, representa una cantidad considerable. En la comparativa mujer-hombre existen más hombres que mujeres estudiantes y comerciantes; pero hay más mujeres que hombres profesionales independientes. Entre los solteros existen más mujeres que hombres empleados, con los casados las cifras son contrarias, existen más hombres empleados que mujeres. Hay más mujeres solteras que trabajan por su propia cuenta, contrariamente en los casados existen más hombres que trabajan por su propia cuenta. Cabe mencionar: no hay hombres solteros o casados que se dediquen al hogar, además no hay hombres casados con actividad estudiantil, mientras en las mujeres sí hay estudiantes.

El apoyo emocional se refiere a la ayuda que el participante tiene para superar la crisis. De forma general podemos concluir, existe muy poca diferencia entre las personas que cuentan con apoyo profesional (psiquiatra o psicólogo) y las que no tienen ningún tipo de apoyo. Pero en la comparación mujeres-hombres, la mayoría de las personas que buscan apoyo profesional son mujeres, esto puede indicar que las mujeres son emocionalmente más inestables o por el contrario, tienen mayor apertura al apoyo.

Los hombres se inclinan por no tener ningún tipo de apoyo emocional, lo cual indica: 1. Ven sus problemas como algo que pueden resolver o lo minimizan, 2. Tienen poca apertura a sus emociones o 3. Culturalmente aún no es aprobado asistir a terapia y menos para los hombres. Resulta necesario mencionar, existen más hombres que mujeres con apoyo religioso y familiar, esto es contrario a lo esperado ya que culturalmente las mujeres están más apegadas a la familia y a la religión; los hombres son más escépticos y con menos apegos.

En lo que se refiere a recibir algún tratamiento médico, la mayoría lo recibe, aun siendo gente joven. Esto puede significar: cuando las personas no resuelve los problemas psicológicos estos se vuelven complejos y se manifiestan en numerosos y variados trastornos físicos o enfermedades psicosomáticas. En el comparativo mujeres-hombres, más mujeres que hombres cuentan con un tratamiento médico, lo cual también se presenta en la comparación casados-solteros, es decir, hay más mujeres que hombres solteros o casados que están en tratamiento médico.

En relación al consumo de estimulantes, más de la mitad de los asistentes afirman no consumir ningún tipo de droga. Sin embargo, resulta alarmante el 44.4% de la población si consuma estimulantes para compensar el desequilibrio psicológico y muchos de ellos no tienen conciencia de ello hasta el momento de la entrevista. Los estimulantes que se consumen van desde los más sencillos (aunque no dejan de ser adicciones) como el chocolate, la coca cola, hasta el alcohol y las drogas. Uno de los más comunes es la comida, lo que nos remite a la vida cotidiana, es muy común ver a mucha gente obesa. Respecto a la comparación mujeres-hombres, estos últimos están por debajo de las mujeres en el consumo de estimulantes (a excepción de: sin estimulantes, drogas, alcohol y varios, este último se refiere al consumo de diferentes tipos de estimulantes), los hombres están por arriba de las mujeres. Esto nos lleva a pensar: los hombres son más fuertes, pero cuando caen en las drogas son más vulnerables a estimulantes "más fuertes".

Con respecto a las expectativas, los resultados nos muestran que aunque las personas asistentes al "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" están en una situación aguda, la mayoría tiene expectativas reales, es decir, casi el 100% de los asistentes desean obtener información sobre su problema y sus posibles soluciones; una mínima

parte tiene expectativas irreales, es decir, quiere que le resuelvan su problema. Esto nos muestra que aunque las crisis pueden ser muy severas, se puede tener cierto grado de control sobre ellas, es decir, al menos en una parte de sus pensamientos y cogniciones. Resulta necesario mencionar que muchas de las personas asistentes al taller tienen semanas, meses o años tratando de resolver o afrontar su problemática y los resultados no han sido satisfactorios, esto permite una mayor apertura, que se manifiesta en el taller en las expectativas hacia éste. En la comparativa mujer-hombre los resultados son muy parecidos.

En relación al apoyo familiar, la mayoría de los asistentes cuentan con él. Existen clientes sin apoyo familiar, no obstante, tienen una muy buena resolución de la crisis, esto depende de numerosos factores entre ellos: la gravedad con que es percibida la crisis, los recursos personales para afrontarla y la red social de apoyo (Slaikeu, 1996), aunque no necesariamente es la familia, pueden ser los amigos. La red social de apoyo, la familia o los amigos cualquiera que sea facilita la resolución de la crisis, pero no la determina. En la comparativa mujer-hombre (contrariamente a lo que pensaba encontrar) existen más hombres que mujeres con el apoyo de su familia. Entre mujeres y hombres solteros, éstos tienen un mayor apoyo familiar. En lo que se refiere a los casados las mujeres tiene mayor apoyo de los amigos y los hombres mayor apoyo religioso. Entre los hombres los solteros no tienen apoyo religioso mientras que los casados no tienen apoyo de los amigos. Entre las mujeres los resultados son muy parecidos.

Es así como estas cifras nos permiten estimar las características y dimensiones de las principales manifestaciones clínicas y los principales motivos de asistencia al "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis". Los datos indican sólo una pequeña parte del deterioro psicológico que causa desequilibrio y desorganización en todas las áreas de desarrollo del individuo en mayor o menor grado. Otra parte del deterioro psicológico no es comunicado en las entrevistas realizadas en el CIC, y se manifiesta en el taller. Es así que puedo concluir (de acuerdo a lo expuesto en el capítulo 1) que el evento precipitante es distinto a aquello que la persona percibe como su crisis, es decir, aquello manifestado en las entrevistas es la reacción hacia el evento precipitante, en donde interviene la interpretación perceptual, su significado es subjetivo y determinado individualmente (Dixon, 1987). El papel del facilitador es una pieza clave para que las personas identifiquen cual fue el evento precipitante y cuál su reacción, así la crisis

puede dirigirse hacia el crecimiento y desarrollo positivo. Por el contrario, si no hay una aclaración del problema dentro de la intervención en crisis existen mayores posibilidades de que la persona se dirija hacia el deterioro psicológico y tal vez a la muerte.

El beneficio obtenido por cada persona no sólo depende de la estrategia terapéutica, si no de un sin número de variables, algunas de las cuales están fuera del alcance del terapeuta. Entre estas variables están: existen clientes que no están dispuestos a experimentar nuevas formas de pensamiento y comportamiento, aún estando conscientes de que hasta el momento ha sido inefectivo el afrontamiento, o las habilidades con las que cuenta el cliente sean insuficientes para resolver la crisis; la persona no cuenta con una red social de apoyo suficiente o crea que el problema es demasiado grande para resolverlo, según Slaikeu (1996) éstas tres últimas son determinantes en la resolución de la crisis. La mayoría de los cambios significativos tienen un peligro y una oportunidad o una ganancia y una pérdida, que no sólo involucra al cliente sino a la familia, amigos o terceros, los cuales se ven amenazados por las mismas circunstancias, trae consigo la falta de apoyo hacia el cliente. Otro tipo de variables se refiere a los límites físicos que la persona puede tener, como un coeficiente intelectual bajo, problemas físicos irreversibles (parálisis, ceguera, enfermedades agudas o crónicas, esquizofrenia, etcétera). Es importante que el terapeuta esté muy consciente de sus límites para poder guiar al cliente hacia el crecimiento y lejos del peligro.

En la intervención en crisis el psicólogo clínico, se conduce hacia los episodios en la vida de la persona dónde el riesgo es muy alto. Se ha mostrado como un campo propicio para ayudar a los pacientes a protegerse así mismos contra los efectos peligrosos de las crisis, informándoles de su condición, lo mismo para movilizar recursos hacia el aprovechamiento de las oportunidades como un cambio constructivo. La intervención en crisis ayuda a la persona a resolver y afrontar la crisis, aprovechar las oportunidades en menor tiempo, con menor costo personal (enfermedad o manifestaciones físicas, ansiedad, depresión, estrés, confusión, problemas familiares, entre muchas otras), social (baja productividad en el trabajo, inasistencia, accidentes, cansancio, agotamiento, incapacidad para tomar decisiones, relaciones laborales conflictivas, aumento en el consumo de alcohol, drogas y en muchos casos la

suspensión prematura de empleados valiosos) y gubernamental (alta incidencia en problemas de salud mental, relaciones sociales conflictivas, delincuencia, agresividad, irritabilidad), reduciendo así la incidencia a instituciones de salud y reflejándose en ahorros monetarios para el comercio y la industria. Por ello es muy importante para el país valorar el alto costo que implica una atención psicológica a destiempo, o lo que es lo mismo, para los 4 millones de adultos que padecen depresión (SSA, 2001-2006).

La intervención en crisis es un ámbito poco conocido y por lo tanto poco explotado por la población en general de México. La idiosincrasia de nuestro país no permite que la terapia este al alcance de todos, mucho menos la intervención en crisis, un área más especializada. Muchos de los clientes afirman que ha sido difícil tomar la decisión de asistir a terapia, debido a impedimentos económicos o culturales, también es muy común hoy en día preguntar ¿qué es la intervención en crisis?, o afirman cuando la propongo como proceso "¡ay¡, ¿estoy tan mal?", esto dificulta la intervención del profesional y la salud psicológica de la población en general, se aleja.

Además de lo antes mencionado, es determinante que muchos de los profesionales de la salud en el área clínica tampoco cuentan con la información necesaria, tanto para asistir las urgencias psicológicas como para aplicarla como alternativa de desarrollo profesional. Dentro del plan curricular de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) no existe ninguna materia de intervención en crisis que se incluya, la cual seria de mucha ayuda en lo profesional y personal. La única información sobre intervención en crisis que recibí fue externa, nos llegaban invitaciones de la Cruz Roja de Polanco para participar en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL). El plan de estudios no necesariamente debe estar basado en las teorías psicológicas, como en la FESI, lo ideal sería que estuviera en función de las demandas de la sociedad. Es así, resulta de gran importancia la atención y desarrollo profesional en esta área. Sin duda alguna la formación profesional recibida me ha brindado diferentes herramientas clínicas. La UNAM FES Iztacala forma psicólogos independientes con un papel de intervención bien definido y desarrollan muchas y variadas habilidades, esto trae consigo un trabajo desde diferentes perspectivas, áreas y campos de trabajo, una situación afortunada para la salud pública en México.

Es de gran interés dar a conocer el papel del psicólogo en la intervención en crisis, esto amplia la visión de los profesionistas, haciéndolos más productivos y con iniciativas para el quehacer de la salud pública. Es necesario atender las necesidades de nuestro tiempo, no sólo como profesional particular sino dentro de una institución formativa y así tener un conocimiento suficiente para optar por la intervención en crisis como estrategia para el psicólogo clínico. Si se actualiza permanentemente la formación de psicólogos en las instituciones educativas, se puede ofrecer al cliente otras estrategias de intervención que le ayuden a afrontar los problemas actuales.

Paulatinamente el psicólogo tiene una mayor aceptación, pero hay que ganar terreno abriendo opciones. La Intervención en Crisis tiene un amplio campo de trabajo, en la evaluación y diagnóstico, educación y entrenamiento, investigación, asesoría e intervención. En todas estas áreas de trabajo el psicólogo está en un proceso constante de evolución, su desarrollo es ilimitado en función y crecimiento. Además se puede desarrollar en otras áreas debido a su estructura flexible. El psicólogo que trabaja en la intervención en crisis representa una gran aportación como profesional de alta calidad humana, científica y técnica, desarrolla nuevos roles y extiende los beneficios de su ejercicio profesional a poblaciones que no reciben servicios de salud mental adecuados.

Un aspecto básico en cualquier plan terapéutico completo es el seguimiento del progreso del cliente y un instrumento para evaluar posterior a la intervención. El proceso de intervención en crisis es muy adecuado para el seguimiento, ya que la red social de apoyo que se construye en la intervención es muy fuerte, así mismo se permite que se concreten las estrategias de cambio con menor trabajo. El instrumento de evaluación nos brinda datos acerca del trabajo realizado y contribuye a mejorarlo, además se estiman las características y dimensiones en nuestro país y se previenen enfermedades y discapacidades.

El objetivo de mi primera propuesta es subrayar la importancia del seguimiento y la necesidad de valorar de manera objetiva y sistemática el programa de tratamiento, mediante un "cuestionario diagnóstico de mejoramiento interno" (anexo 2). Uno de los mayores beneficios de mi propuesta es que se puede comprobar si se alcanzaron los objetivos, tanto del cliente, como de los facilitadores y del mismo taller. El seguimiento debe incluir alguna actividad que permita determinar si se han aprovechado todos los

recursos para resolver positivamente la crisis. El cuestionario diagnóstico se debe aplicar por miembros del CIC, en la etapa final del taller llamada "apertura de carta", ya que es el momento idóneo para aplicar la entrevista de seguimiento. Aquí el cliente esta emocional y cognitivamente más estable, esto trae consigo que los valores registrados sean reales. Debido a que no todos los participantes del taller asisten a la apertura de carta, propongo contactar vía telefónica a los faltantes para aplicar el "cuestionario diagnóstico". La información obtenida se debe de turnar al personal que trabajó con los clientes o utilizarlas como guías de mejora y seguimiento.

El profesional debe mantener comunicación con el cliente independientemente de que haya terminado la intervención de forma exitosa o no, esto equivaldría si no ha sido exitosa, a que una parte de la población no tenga seguimiento. Resulta necesario tener contacto con todos los clientes, comentar y aclarar los sentimientos que han impedido o facilitado el afrontamiento en su crisis actual.

El seguimiento también se utiliza para confirmar que se han cumplido las consultas posteriores con otros profesionales o instituciones (neurólogo, nutriologo, psiquiatra, etcétera). Aquí se abre la posibilidad de proporcionar intervención adicional en caso de que la remisión no sea satisfactoria. Es muy importante tener un seguimiento minucioso en el caso de los clientes que han tratado de suicidarse o son posibles homicidas. Está comprobado que tienen un período de latencia en donde los riesgos son altos. A pesar del seguimiento, no se cancela el suicidio u homicidio, pero si se puede posponer indefinidamente, mientras se realizan estrategias para combatirlo. En el seguimiento se presenta la oportunidad de comunicarle al cliente que su bienestar y el de otros es importante y que existen además opciones de tratamiento.

Considero que el cuestionario diagnóstico y el seguimiento es decisivo para el éxito de la intervención en crisis; ya que ésta es más susceptible a los efectos de deterioro que la terapia a largo plazo. El "taller de crecimiento a partir de la crisis" es una parte del proceso, y se espera que el cliente "asegure" lo procesado en las sem anas posteriores. En la intervención en crisis el seguimiento no es un agregado, sino una parte fundamental.

La segunda propuesta es la atención en crisis vía telefónica y se dirige hacia el mejoramiento del trabajo realizado en el CIC. Consiste en disponer de una o varias líneas telefónicas para atender de inmediato los casos de urgencia, de preferencia asignar números diferentes para cada población objetivo, como por ejemplo, los clientes con riesgo de suicidio, violación, maltrato a niños, a los miembros con formación en tales áreas. Algunos clientes no quieren o no pueden acudir al taller, propongo ofrecer visitas domiciliarias, terapia grupal, individual entre otros servicios de ayuda externa.

Mi tercera y última propuesta gira en torno a la educación y entrenamiento en Intervención en Crisis de la población en general (prevención primaria o educación y primeros auxilios psicológicos), como parte de las políticas de salud y educación pública. La intervención en crisis se puede incluir en talleres o materias en las universidades, en las platicas o cursos religiosos, seminarios para profesionales de la salud, cursos intensivos para grupos policíacos, educación continua para padres en las escuelas y educación en la industria, entre muchos otros. Para más detalles recomiendo las bibliografías citadas que cuentan con una amplia información acerca de la educación y entrenamiento en intervención en crisis.

El beneficio inmediato del uso de las técnicas de intervención en crisis, es la reducción de víctimas en los casos de emergencia. La educación y entrenamiento de las personas de cualquier nivel y ocupación, ayuda a afrontar la cotidianidad con habilidades extras, de tal modo que aprenden a manejar mejor las situaciones que enfrentan todos los días. De la misma forma, también las oportunidades de supervivencia aumentan para las personas que están informadas, ya que cuando ha habido un trabajo previo éste sirve como base para manejar exitosamente crisis posteriores. Es necesario mencionar que sólo el psicólogo o psiquiatra (o algún otro profesional de la salud que este capacitado para dar intervención en crisis) quien está capacitado para dar terapia para crisis o intervención de segunda instancia, como lo refiere Slaikeu (1996).

Nombre de archivo:	A9
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	ANÁLISIS DE RESULTADOS
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:27 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	26/04/05 09:27 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	0 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:06 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	10
Número de palabras:	3,478 (aprox.)
Número de caracteres:	19,826 (aprox.)

EPÍLOGO

Era uno de mis primeros talleres como facilitadora, el sábado por la tarde, en el turno de Mariana cada uno revivíamos junto con ella la terrible violación. Veintidós años, licenciada en mercadotecnia, lloraba, gritaba, sudaba y apenas si podía hablar. Explicaba que había sido una noche de trabajo normal, salió de la sala de cine pasada la media noche, pero su padre no pudo ir a recogerla, tomó un taxi donde siempre lo hacía y a los pocos minutos se desvió del camino indicado. Empezaron las amenazas e insultos, se empezó a apoderar de ella la angustia y la ansiedad, la bajo en un lote baldío a golpes, ella gritaba y se trataba de defender pero todo era en vano. Se pierde por algunos segundos y después continua su relato, con la mirada perdida "me decía porquerías, me besaba, todavía siento su saliva", se limpia la boca y el cuerpo, después… no pudo más no paró de gritar y de llorar furiosa en contra de ese animal. En ese momento me di cuenta que se me salían las lágrimas, tuve que salir del salón. Minutos después cuando volví ella estaba mucho más tranquila, mis compañeros habían hecho su trabajo.

Lorena es de familia acomodada, veintitantos años, muy bonita "era modelo" y relataba en la experiencia vivencial de aclaración e identificación del problema real: "esa noche me dijo que no lo molestara, oí que estaba tosiendo pero recordé su advertencia e hice caso… a la mañana siguiente le llamamos y él no contesto, tratamos de abrir su cuarto y estaba cerrado por dentro, ¡que raro, algo estaba mal¡, forzamos la puerta y… encontramos a mi único hermano colgado de una soga en su cuarto, con una nota". Lorena estaba muy contenida "no perdía el estilo", solo derramó unas cuantas lágrimas, todo el grupo estaba sin omitir un sonido, ni siquiera moverse. Amorosamente uno de mis compañeros le desnudo el alma y empezó a mostrarse vulnerable, cuánto enojo y culpa presenciamos: "si yo no le hubiera hecho caso, si hubiera ido cuando le escuche toser…yo lo quería y lo apoyaba, era mi mejor amigo", pero ella todavía tenía ese caparazón. En esa experiencia todo quedo ahí, pero en la experiencia vivencial de expresión de sentimientos empezó a liberar el coraje y la rabia, sacó el sentimiento de culpa por no haber ido a su habitación aquella noche, se despojó de ese peso insoportable: gritó, golpeó con todo su ser,

por más de 40 minutos. Ahí estuve con ella golpeando por 30 minutos, pero ya no pude más, ya no tenía voz y no podía levantar mis brazos, siguieron con ella mi compañero y una de las participantes que también había perdido a su pareja en un accidente automovilístico. La guerra consigo misma había terminado, se liberó de sus fantasmas.

Estos son dos de los muchos casos impactantes y desgarradores con los que hemos trabajado mis compañeros y yo en el "Taller de crecimiento a partir de la crisis" del CIC. Son relatos, alterados por razones obvias, pero se basan en hechos reales que han influido en mí para seguir trabajando y fascinarme por el conocimiento y la difusión en servicios de intervención en crisis. He tenido la grata experiencia de confirmar, que después de más de 8 años de haber asistido al taller las personas afirman que "el taller les cambio la vida para crecer y evolucionar", "que fue una experiencia incomparable" y "que lo han recomendado siempre". T ambién hemos presenciado como ancianos de 70 o hasta 80 años de edad se dan la oportunidad de tomar el taller, afrontar su crisis y evolucionar como ser humano.

Señala Luis Brito, fundador y compañero, "lo que ha sucedido es que yo mismo soy el que me he transformado en otro, sin dejar de ser yo mismo y esto es precisamente vivir" (1994). Cada uno de los facilitadores hemos estado como participantes con nuestro propio duelo, profundizando en el dolor, es por ello que podemos empatizar con cada uno de los participantes, por que lo hemos vivido.

Mi relación con la crisis y el duelo empieza en agosto de 1999, yo no tuve al placer hasta ese entonces, a pesar de que ya había tenido pérdidas tan importantes como la muerte de mi padre a los 14 años. Éste encuentro impostergable, cambio mi vida dando un giro de 360 grados, me encontraba profundamente triste, confundida, enojada y sin salida aparente, ¡hasta pensé saltar de un onceavo piso¡, pero ni siquiera eso podía hacer. En Junio del 2000 mis guías espirituales me llevaron como participante al "Taller de Crecimiento a Partir de la Crisis" y por supuesto, mi vida cambio. Me hundí profundamente en el dolor, me aclare, empecé a conocerme, a manejar mis sentimientos, a desarrollar habilidades para afrontar mi crisis y finalmente logre hacer un plan de vida.

Después viene un impulso que te orilla a servir, que es también como dice la fundadora y facilitadota de CIC Elvia González, "es atender los propios intereses y construirme" (1995). Cada uno de los miembros de CIC recibimos-dando, reconstruyendo el corazón y el autoestima, que es ser importante para el otro.

Mi trabajo en el CIC ha sido muy satisfactorio. En lo que respecta a lo profesional he aprendido enormemente de todos mis compañeros, en la evaluación y el diagnóstico, la educación y entrenamiento, la investigación, la asesoría y por supuesto en la intervención; han sido generosos, pero sobre todo amorosos, a pesar de que son profesionales muy exitosos y reconocidos por su amplia trayectoria, rápidamente me sentí parte de ésta gran familia. En lo que respecta a lo personal cada taller y capacitación ha sido mi mejor recompensa, no sólo esta presente la satisfacción de servir, sino también de ser servido, es decir, de aprender emocional y espiritualmente de cada encuentro con los participantes y con mis amigos y compañeros del CIC.

Cada taller inicia como si fuera el primero con mucho entusiasmo y expectativa. Y en verdad cada uno es diferente, no cambia la estructura técnica, tampoco el dolor y sufrimiento que siempre están presentes, al igual que la paz y encuentro consigo mismo. Todos los participantes llegan con muchas expectativas y temores: "temo que este perdiendo mi tiempo", "temo que no sea lo suficientemente fuerte como para resolver mi problema", "temo regresar con mi marido", "temo no perdonar", "espero aprender y crecer", "quiero encontrarme y salir reconfortada", y cada uno de éstos sentimientos poco a poco se van aclarando y dispersando, respectivamente. Ellos comienzan a clarificar su propio proceso de duelo y a encontrar esperanza y nosotros a evaluar y empatizar.

A lo largo de cada uno de los días los participantes se van transformando, van recorriendo su duelo desde el impacto emocional, la desorganización de sí mismo, el sentimiento de coraje, el sentimiento de culpa, la aceptación de la culpa o experiencia de soledad, el alivio, hasta el establecimiento de sí mismo (Kavanaugh, citado en: Brito, 1994) . El segundo día lo inician en el impacto emocional y la desorganización de sí mismo, los facilitadores invitan a la ruptura del hielo, a incorporarse como grupo y compartir. Cada uno temerosamente va dando indicios de su crisis, algunos reflejan angustia, otros hermetismo, otros victimización o soledad. Nos encontramos con tantos y tan diferentes seres humanos, algunos muy callados, otros llorando desde el primer momento, otro como si nada pasara y estuviera en un día de campo sonriendo, otra no para de hablar y no escucha, algunos sólo escriben lo que se habla…en fin. También existen participantes que han estado en el taller por segunda ocasión y que lo viven tan intensamente como si fuera el primero.

Conforme van pasando las experiencias vivenciales se empiezan a armar cada una de las crisis. El grupo escucha asombrado atentamente a cada uno de sus compañeros:

angustia, resentimiento, culpa, enojo por la violación, el abandono de los padres, el engaño del marido, la poca valoración e injusticia en el trabajo, la vida sin sentido, "cuanto dolor". Los facilitadores utilizando sus exce lentes habilidades reflejan a cada uno de ellos y los contienen. El trabajo es individual, cada uno tiene su tiempo y proceso para trascender su crisis. Las técnicas, el material y la música nos permite introducirnos en su vida, cual fue su pasado y cual es su presente, pero lo más importante es que ellos lo puedan reconocer. Lo van visualizando a través del diálogo entre el grupo y los facilitadores, cada uno con diferentes formaciones y un solo objetivo, ayuda a aclarar cual fue el o los eventos que precipitaron la crisis. Muchas veces e estado ahí aclarando, confrontando, siendo el espejo, conteniendo con mi parte más amorosa, a hombres y mujeres, a jóvenes o viejos, es un proceso mágico si lo tomamos como una oportunidad para transformarnos y evolucionar. Al finalizar el segundo día esta la necesidad de cruzar el río, de trascender, de cambiar, de sacar todo aquello que nos hace daño. Por medio de la expresión de sentimientos los participantes deshollinan la olla interna, gritan, pegan, lloran, hasta no poder más y quedar limpios.

Al empezar el tercer día los participantes van comprendiendo que la vida es un continuo cambio. Los eventos que precipitan una crisis forman parte de nuestra historia. La crisis es intrínseca al ser humano y como tal podemos afrontarla. Este día es el indicado para que cada quien vaya encontrando el perdón y la paz, el grupo se reúne y cada vez más reconocen como propios los conceptos y temas que se van tratando. Reconocen ahora las pérdidas, la pérdida de la salud, de la esposa, el hijo, del trabajo, de la juventud, de lo que quise hacer y nunca podré, reconocen que todos tenemos pérdidas a lo largo de nuestra existencia y algunas de ellas necesarias e inevitables, pero también pueden ver las compensaciones que traen estas pérdidas.

Para este momento el grupo está integrado y los facilitadores con ellos. Los participantes pasan a una nueva etapa, encontrarse consigo mismo, con su cuerpo, con su naturaleza, con su niño interior. Aquí, cada uno de ellos se acepta tal cómo es y acepta al otro, dice el Dr. Díaz Ibáñez director del CIC "cuando estamos desnudos frente al otro, las barreras no existen" y se forma una red social de apoyo básica en la resolución de la crisis con una energía medicinal.

Después el grupo está listo para empezar la despedida y la creación del proyecto de vida. Se despide y se suelta el pasado, las tristezas y el dolor, se da la bienvenida al presente, al cambio y la alegría, por último se brinda por el futuro y la renovación. Los participantes nos preguntan ¿qué más sigue?, ¿y, ahora qué van a hacer?, ¡nunca me

esperaba que sucediera esto¡, y paulatinamente van tomando actitudes y virtudes que les hacen falta para seguir recorriendo su camino, pero sin olvidar dejar y renunciar a las tristezas, el egoísmo, el rencor, la falta de voluntad y valor, la culpa y el enojo, entre muchos otros desperdicios.

Entramos en la parte final despidiendo y quemando todo aquello que estorba para el crecimiento, pero ahora con fe y confianza; las personas que llegaron al taller con miedos y expectativas terribles ahora están preparadas, cada una de ellas tiene las herramientas necesarias para afrontar y solucionar su crisis, algunos se van llorando de alegría, otros de tristeza por que la maravillosa experiencia ha terminado, nos damos apapachoterapia, es decir, abrazos, besos y nos soltamos…con la claridad de que sólo el amor sana.

Nombre de archivo: A12
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla: C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: EPÍLOGO
Asunto:
Autor: Felipe Huitron S.
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 26/04/05 09:28 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 26/04/05 09:28 P.M.
Guardado por: Felipe Huitron S.
Tiempo de edición: 0 minutos
Impreso el: 02/12/05 06:07 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 5
Número de palabras: 1,646 (aprox.)
Número de caracteres: 9,384 (aprox.)

REFERENCIAS

American Psychological Association. (1999). Manual de estilo de publicaciones. México: El manual moderno.

Aguilera, D. C. & Messick, J. M. (3a. ed.) (1978). Crisis Intervención. E.U.: The C.V. Mosby y Company.

Becoña, E; Vázquez, F. L. & Oblitas, L. A. (1995). "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud". Psicología contemporánea, 2 (1), 4-15.

Benyacar, M. M. (2002). "Desastres y salud mental". Revista de psicotrauma, 2 (1) ,14-36.

Bernstein, D. A. & Nietzet, M. T. (1982). El campo de la psicología clínica & Aspectos profesionales de la psicología clínica. (Eds.), Introducción a la psicología clínica (pp. 3-25, 515-561). México: MC. Graw-hill.

Bessel van der Kolk. (2002). "Trastorno por estrés postraumático y la naturaleza del trauma". Revista de psicotrauma, 1, 4-19.

Brito, L. R. (1994, invierno). "El proceso del duelo". Prometeo, 7, 34-39.

Casabat, E. H. (2002). "Un breve recorrido a la traumática historia del trauma psicológico". Revista de psicotrauma, 1, 38-41.

Cohen, R. E. (2003). "Bio-terrorismo, desastres y salud mental". Revista de psicotrauma, 2, 38-43.

Díaz, I. J. (1994, invierno). "Crecimiento a partir de la crisis". Prometeo, 7, 31-33.

Dixon, L. Samuel. (1987). Working whith people in crisis. E.U.: Mervill publish company.

Figley, C. R. (2003). "El tratamiento del estrés traumático". Revista de psicotrauma, 2, 4-13.

Fiorentini, A. (1994). "Intervención en crisis en hospitales". Psicología Iberoamericana, 2, 92-102.

Gómez del Campo, E. J. (1994a) Intervención en las crisis. México: Plaza y Valdés.

Gómez del Campo, E. J. (1994b, invierno). "Crisis: Peligro y Oportunidad". Prometeo, 7, 25-30.

González, V.E. (1995). Crecimiento a partir de la crisis. México: Cóatl.

Hyman, S. E. (Ed.). (1990). Manual de urgencias psiquiátricas. México: Salvat.

Lore, S. (1994, invierno). "Primeros auxilios emocionales". Prometeo, 7, 40-42.

Mosca, D. & Banchero, M. (2002)."Trastorno por estrés postraumático". Revista de psicotrauma, 1, 20-25.

Pareja, G. (1998). Viktor E. Frankl. México: Ediciones Coyoacan.

Pérez, G. (1988). Psicología clínica. México: Trillas.

Pérez, L. C. (2001). Técnicas estadísticas con SPSS. México: Trillas.

Rogers, R. C. (1997). Psicoterápia centrada en el cliente. México: Paidos. (Reimpreso).

Secretaría de Salud (2001-2006). Programa de acción: Salud Mental. México: Autor.

Simington, Jane A. & Cargill, Linda. (1996). "Crisis Intervention: Program Evaluation". Clinical Nursing Research, 5, 15-29.

Slaikeu, A. Karl (2ª . ed.)(1996). Intervención en Crisis. México: El Manual Moderno.

Urbina, S. (Ed.) (1989). El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. México: UNAM.

Wainrib, Rubin B. & Bloch, Ellin L. (1998). Intervención en crisis y respuesta al trauma. España: Descle de Brouwer.

Weiner, I. (Ed.) (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa.

ANEXOS

ANEXO 1

CENTRO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
C.I.C.

Entrevista para participantes del taller

I) DATOS GENERALES

1.1 Nombre:	1.7 Sexo:
1.2 Edad:	1.8 Edo. Civil:
1.3 Nacionalidad:	1.9 Ocupación:
1.4 Religión:	1.10 Lugar:
1.5 Trabajo actual:	1.11 Teléfono:
1.6 Domicilio del Trabajo:	1.12 Domicilio particular:
Calle: _____ Colonia:_____ C.P.:	Calle: _____ Colonia:_____ C.P.:

II) DATOS ESPECÍFICOS

1) ¿Vienes por tu propia voluntad o enviado por alguna persona?
   a) Voluntad propia_____Enviado_____

b) Otra_____

_____

2) ¿Qué crisis, problema o pérdida estas viviendo en éste momento?

_____

_____

_____

_____

3) ¿Has tomado algún otro taller?

Si_____ No_____

3.1¿Cuál?_____

3.2¿Cuándo?_____

3.3¿Con quién?_____

3.4 ¿Qué resultados obtuviste_____

4) ¿Por qué conducto te enteraste de éste taller?_____

_____

_____

5) ¿Cuentas con apoyo emocional en algún sentido?_____

_____

_____

5.1 ¿Cuál?_____ 5.2 ¿Con quién?_____

5.3 ¿Con quién?_____

5.4 ¿Qué resultados has obtenido?_____

6) ¿Haz estado o estas actualmente en algún tratamiento médico?

Si_____ No_____

6.1 ¿Cuál?_____6.2 ¿Con quién?_____

6.3 ¿Qué resultados has obtenido?_____

_____

7 ¿Tomas actualmente algún medicamento?

Si_____ No_____

7.1 ¿Para qué? _____

8 ¿Ingieres algún tipo de estimulante?

Si_____ No_____

8.1¿Cuál?_____

8.2 ¿Con qué frecuencia? _____

8.3 ¿Esta ingestión te ha causado problemas?_____

8.4 ¿Cuáles?_____

_____

9 ¿Tienes alguna dependencia a alimento o sustancia en especial?

Si_____ No_____

9.1¿A cuál?_____

9.2¿Haz recibido algún tratamiento para suprimir esta dependencia?

Si_____ No_____

9.3¿Qué resultados haz obtenido?_____

_____

_____

10 ¿Al finalizar este taller que cambios importantes piensas lograr?_____

_____

III DATOS FAMILIARES

1. Genograma:

2. .¿Cómo sientes tu relación con los miembros más cercanos de tu familia?_____

_____

_____

3. Menciona los acontecimientos significativos en tu familia.

_____

_____

_____

_____

4. ¿Qué cirugías o enfermedades significativas has sufrido?_____

_____

_____

5. ¿Tienes algún impedimento físico?

Si_____ No_____

5.1¿Cuál?_____

_____

5.2 ¿Necesitas cuidados especiales?_____

_____

_____

6. ¿Requieres tomar una dieta especial en tus alimentos?

Si_____ No_____

6.1¿Cuál? _____

_____

_____

ANEXO 2

Fecha:_____

Fecha en que asististe al taller:_____

Entrevisto: _____

CENTRO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

C.I.C.

Cuestionario diagnóstico de mejoramiento interno

I) DATOS GENERALES

1.1 Nombre:
1.2 Edad:

	Domicilio	Oficina
1.3 Teléfonos:		
1.4 Dirección:		
1.5Correo electrónico:		

II) DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Te gusto el taller?

_____

_____

¿Por qué?_____

_____

2. Por favor evalúa que tanto te gusto el taller.

No me gustó ( )

Me gustó poco ( )

Me gustó ( )

Me gusto mucho ( )

3. ¿Cómo te encuentras emocionalmente después de haber tomado el taller?_____

_____

_____

4. Repasa la lista de sentimientos y verifica aquellos que describen el cómo estas ahora en este momento.

( ) Excitado(a)	( ) Abrumado(a)	( ) Energético(a)
( ) Enojado(a)	( ) Tenso(a)	( ) Culpable
( ) Motivado(a)	( ) Jovial	( ) Contento(a)
( ) Feliz	( ) Optimista	( ) Cómodo(a)
( ) Triste	( ) Confianza	( ) Buen humor

( ) “Aturdido”(a)	( ) Tranquilo(a)	( ) Aburrido(a)
( ) Relajado(a)	( ) Ansioso(a)	( ) Exhausto(a)
( ) Satisfecho(a)	( ) Pensativo(a)	( ) Frustración
( ) Aceptación	( ) Ambivalencia	( ) Confusión
( ) Esperanza	( ) Seguridad	( ) Otros

5. ¿Ha cambiado tu vida después de haber tomado el taller?

Si _____ No _____

¿Cuánto?

En lo…….	Nada	Poco	Regular	Mucho
a. Emocional	( )	( )	( )	( )
b. Intelectual	( )	( )	( )	( )
c. Espiritual	( )	( )	( )	( )
d. Conductual	( )	( )	( )	( )
e. Física	( )	( )	( )	( )

6. ¿Por qué?, Explica:_____

_____

_____

_____

_____

7. ¿Qué resolviste?, especifica: _____

_____

_____

_____

8. ¿Cumpliste tus objetivos?

Si _____ No _____

9. ¿Por qué? , ¿Cómo los cumpliste?, explica:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10.¿Desde hace cuánto tiempo tenias éste problema sin resolver?_____

_____

_____

_____

11.¿Qué crees que hubiera ocurrido contigo si no hubieses asistido al taller?_____

_____

_____

_____

_____

12. ¿Qué ganancia tiene para ti la crisis?_____

_____

_____

_____

_____

_____

III) DATOS ESPECÍFICOS SOBRE EL TALLER

1. ¿Recomendarías al taller?

Si _____ No _____

¿Por qué?_____

_____

_____

_____

2. ¿Cuál fue la dinámica que más te gustó? O la más significativa_____

_____

_____

¿Por qué?, explica: _____

_____

_____

_____

_____

3. ¿Cuál fue la dinámica que menos te gusto?, o la menos significativa:

_____

_____

¿Por qué? _____

_____

_____

_____

_____

_____

IV) DATOS ESPECÍFICOS SOBRE LOS FACILITADORES.

1. ¿El desempeño del facilitador contribuyo para que resolvieras tu crisis?

Si _____ No _____

2. ¿Porqué?,explica:_____

_____

_____

3. Por favor evalúa el trabajo de los facilitadores.

Malo ( )
Regular ( )
Bueno ( )
Excelente ( )

4. ¿Por qué?; explica: Recomendaciones a los facilitadores:_____

_____

_____

_____

5. Por favor evalúa las instalaciones.

	Dormitorios	Salones de Trabajo	Comedor	Jardines
Malas	( )	( )	( )	( )
Regulares	( )	( )	( )	( )
Buenas	( )	( )	( )	( )
Excelentes	( )	( )	( )	( )

6. Observaciones:

_____

_____

_____

_____

¿Qué recomendaciones harías a las instalaciones?_____

_____

_____

_____

7. ¿La información presentada en las conferencias y el material didáctico te fueron útiles?

Si_____ No _____

Poco ( )

Regular ( )

Suficiente ( )

Mucho ( )

8. ¿Por qué?, explica: _____

_____

_____

_____

9. ¿ Qué recomendaciones darías para mejorar las conferencias y el material didáctico?_____

_____

_____

_____

10.Por favor escribe el nombre y teléfono de tres personas a quienes recomendarías el taller.

a. _____

_____

b. _____

_____

c. _____

_____

ANEXO 3

Desarrollo institucional de la intervención en crisis, en hospitales gubernamentales, de asistencia pública y particular, en la zona metropolitana y el área conurbana, realizada vía telefónica de marzo a mayo del 2001.

HOSPITALES	PSICÓLOGOS	PSIQUIÁTRAS	OTROS	Intervención en Crisis	Consulta externa	Consulta interna
GUBERNAMENTALES						
IMSS						
H. Fernando Quiroz	2					
H. de Ginecobtetricia 4	2	2			si	
H. General de la zona 8	2	2				
H. Gral. De zona "Los venados"	1			Si	si	si
H. Psiq. de med. Fam. 10	N	N	N	Si	si	si
H. Gral. De zona 32	2	1			si	
Clínica 46	1				si	
H. Gral. De zona 30		2			si	si
H. Gral. De zona 47		1		si	si	si
ISSSTE						
H. Gral. Doctor Darío Fdez. Fierro		3			si	si
Clínica de especialidades Churubusco	1	2			si	

H. Gral. José Ma. Morelos	1	1			si	si
DIF						
Santa Mónica	4			Intervención de 1ª instancia	si	
Neza	10			si		
H. DE ASISTENCIA PÚBLICA						
H. Rubén Leñero	3			si	si	si
Cruz Roja Naucalpan	1			si	si	si
Cruz Roja Izcalli	2				si	
Cruz Roja Polanco	60			SAPTEL	si	
OTROS						
Centro Med. Nal. Siglo XXI "Pediatría"	6	3	2 trabador social	si	si	si
H. Gral. De México	27	8		si	si	si
H. Pediátrico La Villa	2			si	si	si
H. Pediátrico Zochimilco	3				si	si
H. Psiquiátrico Infantil	N	N	N	si	si	si
H. Psiquiátrico de San Fernando	N	N	N	si	si	si
H. de la Mujer	3		4 psicólogo pasante		si	
Instituto Nal. De Cancerología	1	2		si	si	si
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	4	8	2 Neuropsicólogo 2 paidopsicólogo	si	si	si

H. Gral. Adolfo López Mateos	1	1		si	si	si
H. de traumatología Magdalena de la Salinas	1	1		si	si	si
H. de traumatología de Lomas Verdes	1	1		si	si	si
H. pediátrico de Tacubaya	1	1		si	si	si
HOSPITALES PARTICULARES						
H. Ángeles del pedregal	9	15		si	si	si
H. Mocel	3 practicantes	3			si	si
H. Metropolitano		1			si	
H. Ángeles de las Lomas	4	8		si	si	si
Centro Hospitalario Sanatorio Durango		1		si	si	si
H. Infantil Privado	1			si	si	si
Médica Sur				Intervención de 1ª instancia	clínicas	clínicas
H. Español	16	2		si	si	si
H. Satélite		1		si	si	si
H. Shriners para niños	2			si	si	si

Fuente: Ana Alicia Espino Sánchez, 2001.

Nombre de archivo:	A10
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	ANEXOS
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:30 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	26/04/05 09:40 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	10 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:06 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	18
Número de palabras:	2,215 (aprox.)
Número de caracteres:	12,629 (aprox.)

Nombre de archivo:	A11
Directorio:	C:\Mis documentos\TESIS\ANA ALICIA ESPINO SANCHEZ\DOC
Plantilla:	C:\WINDOWS\Application Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:	REFERENCIAS
Asunto:	
Autor:	Felipe Huitron S.
Palabras clave:	
Comentarios:	
Fecha de creación:	26/04/05 09:29 P.M.
Cambio número:	1
Guardado el:	26/04/05 09:29 P.M.
Guardado por:	Felipe Huitron S.
Tiempo de edición:	0 minutos
Impreso el:	02/12/05 06:07 P.M.

Última impresión completa

Número de páginas:	3
Número de palabras:	418 (aprox.)
Número de caracteres:	2,385 (aprox.)