

SEGUNDA EDICIÓN EN ESPAÑOL
TRADUCIDA DE
LA SEGUNDA EDICIÓN EN INGLÉS

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Manual para práctica e investigación

KARL A. SLAIKEU

Traducido por: Lic. Maricela Chávez Mejía
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Universidad Autónoma del Estado de México

Editor responsable:
Lic. Ma. Eugenia Gómez López
Editorial El Manual Moderno

manual moderno

Edición en español de la obra de Karl A. Slaikeu, "Crisis Intervention: A Manual for Practice and Research", publicada por Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1965. Traducción de Maricela Chávez Mejía. Editorial El Manual Moderno, México, D.F., 2011. ISBN 978-970-610-100-1. Cmo 12-A No. --DC

Prefacio

Este libro se apoya en la premisa de que el concepto de crisis es una parte fundamental en la construcción de cualquier entendimiento estructurado del crecimiento y desarrollo humanos. Con gran frecuencia, la gente piensa que las crisis son acontecimientos inusuales, mayormente negativos, que conllevan desorganización para la vida "normal". Esto implicaría que el mundo ideal fuera uno sin crisis, en el que las cosas transcurrieran sin mayores sobresaltos.

Sin embargo, la teoría de la crisis adquiere una perspectiva diferente. Basada en la psicología del desarrollo de Erik Erikson, la idea es que las crisis y las principales transiciones de la vida -similares en sus componentes, con variaciones sólo en grado e intensidad- son la materia de que está hecha la vida. Pocas personas pueden evitar del todo las crisis. La vida adulta, ya sea neurótica o normal, saludable o enferma, se desarrolla desde una perspectiva optimista o pesimista, se da en función de cómo hemos sorteado crisis anteriores como cambiar de escuela, superar el divorcio de los padres, sobrevivir a la pérdida del primer amor o enfrentar una enfermedad que amenaza la vida.

La crisis es un momento en que "todo está en el límite", por así decirlo. Los medios anteriores para resolver y manejar problemas fracasan ante los nuevos desafíos y amenazas. El potencial de los resultados palpables, buenos o malos, recaen en el desequilibrio o desorganización de la crisis. Un grupo de datos clínicos sugiere que, después de algunas semanas de la aparición de las crisis, surgirá una forma de reorganización. Ésta puede dirigirse hacia el crecimiento y desarrollo positivos, o hacia el deterioro psicológico, aun la muerte, según una diversidad de variables para cada caso, y no menos de la clase de ayuda disponible durante las semanas y meses determinantes para la crisis. Como su

esencia, la teoría de la crisis es llamativa, puesto que dirige la atención de los terapeutas hacia episodios de la vida de los pacientes en los que los riesgos son muy altos. La pregunta es si esos asistentes estarán preparados para ayudar a los pacientes a protegerse a sí mismos contra efectos peligrosos de las crisis, lo mismo que para movilizar recursos hacia el aprovechamiento de las oportunidades para el cambio constructivo.

Una segunda premisa de este libro es la necesidad de establecer estrategias en la intervención, de tal modo que puedan estudiarse de manera sistemática. La brecha existente entre investigación y práctica ha sido muy grande durante mucho tiempo. Aunque el número de estudios de calidad se ha incrementado, sus resultados no pueden interpretarse a la luz de un modelo teórico, lo mismo en cuanto al curso natural de la crisis, que en lo que corresponde a las estrategias de ayuda en sí mismas. Por ello, otros han tenido razón al manifestar que la teoría de la crisis no es tal, y que la intervención en crisis es más un enfoque particular que un conjunto de estrategias sistemáticas (Auerbach y Stolberg, 1986; Auerbach y Kilmann, 1977; Korchin, 1976).

El modelo amplio para la intervención sustentado en esta obra, representa un intento de cambiar esta situación. Desde que *Intervención en crisis* se publicó por primera vez en 1984, las reseñas en revistas especializadas, tanto como la retroalimentación directa de instructores, estudiantes y profesionales, ha coincidido de manera positiva en la evaluación del libro en cuanto a la distinción que se hace entre intervención de primera y segunda instancias. La primera se refiere a los primeros auxilios psicológicos, los cuales puede ofrecer cualquier persona que tenga la oportunidad de ayudar a otra en las primeras etapas de la crisis. La segunda se refiere a la terapia para crisis, un marco de referencia mediante el cual los terapeutas pueden capitalizar el potencial de cambio radical inherente a la experiencia de crisis.

El modelo de intervención se originó en la experiencia clínica, aunque tomó forma como tal en los seminarios de grado para la comprensión de las crisis a la luz de los datos de investigación disponibles. El propósito del autor de este libro ha sido el mismo sintetizar y reorganizar las técnicas existentes, que esbozar un modelo de intervención que de manera permanente pueda servir de guía para futuras investigaciones.

La presente edición incluye varias secciones que intentan lograr una integración más completa entre la práctica, el entrenamiento y la investigación.

1. Dos capítulos de entrenamiento (19 y 20) ofrecen una guía paso a paso hacia el diseño de programas de entrenamiento para dar los primeros auxilios psicológicos y la terapia de crisis, tanto para trabajadores profesionales como para profesionales;

2. Un nuevo capítulo de "Intervención en crisis para individuos con enfermedades mentales graves y persistentes", amplía el modelo de crisis para que los paraprofesionales utilicen con pacientes hospitalizados o externos;

3. Nuevas secciones sobre terapia familiar sistémica, más un apéndice de tratamiento en grupo, que explica de modo detallado cómo ayudar a los pacientes a trans laborar mediante las cuatro tareas para la resolución de crisis (supervivencia física, manejo de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales interpersonales); y

4. La bibliografía ha sido revisada y puesta al día en el curso de esta obra, e incluye la relación entre el modelo de intervención y la bibliografía de autoayuda para pacientes en crisis (Slaikeu y Lawhead, 1987).

Una tercera premisa de orientación en este libro se relaciona de modo directo con la psicología comunitaria: para lograr el máximo impacto en individuos o familias, los servicios de ayuda en crisis deberán integrarse dentro de una amplia gama de sistemas comunitarios. En la tercera parte de este libro aplicamos el modelo de crisis con trabajadores de nueve ámbitos, como son: abogados, policías, clero, enfermeras, trabajadores de urgencias, consejeros telefónicos, consejeros en salud mental, consejeros del personal académico y supervisores en ambientes laborales. En cada capítulo el propósito es resumir la bibliografía existente, y ofrecer una guía acerca de cómo los interesados pueden utilizar el modelo de crisis para atender a sus clientes y pacientes.

Por tanto, este libro fue elaborado para estudiantes de grado y pregrado, lo mismo que para especialistas e investigadores. Los estudiantes encontrarán una introducción directa a la teoría de la crisis y técnicas de intervención. Los profesores de grado y pregrado lo mismo que los coordinadores de centros de capacitación pueden hacer uso de los nuevos capítulos para entrenamiento, igual que los numerosos esquemas, cuadros y hojas de ejercicios, para crear aplicaciones del modelo genérico de crisis en sus respectivas disciplinas. Además, al incluir secciones de investigación, el autor desea impulsar a los profesionales de las ciencias conductuales hacia mayores búsquedas en este interesante ámbito. Para ellos, la presente obra puede servir como un libro de consulta que brinda ideas para investigar y establecer una metodología.

Reconocimientos

Es una lista de colaboradores que contribuyeron a la conformación de las ideas para este libro. Agradezco a los estudiantes de pre y posdoctorado de la Universidad de Carolina del Sur y de la Universidad de Texas., además de los cientos de participantes del área de salud mental y servicio social que me pusieron a prueba continuamente, ayudándome con esto a afinar algunas partes del modelo de intervención. También me siento en deuda con Gene Brockopp, David Lester, y con antiguos colaboradores del Servicio de Prevención de Suicidios y Atención a Crisis del Condado de Erie (Búfalo, Nueva York), (que hoy se llama Servicios para Crisis) quienes fueron los primeros en adentrarme en la intervención en crisis y proveerme apoyo financiero para mis investigaciones como estudiante de grado en la Universidad Estatal de Nueva York en Búfalo. Murray Levine e Ira Isco fueron mentores que dieron forma a mi pensamiento como psicólogo comunitario., y me guiaron hacia el crecimiento de que los servicios para crisis serán efímeros, a menos que se integre a los sistemas en los que las crisis se presentan.

La reconceptuación de la teoría de la crisis (capítulo 2) y la del modelo de intervención (capítulo 6) se debe en gran parte a Coval McDonald, que fue el primero en introducirme a la Teoría General de los Sistemas (TGS) como una estructura para la construcción del modelo de la ciencia del comportamiento. Steve Tulldn fue quien me ubicó primero en la investigación en crisis, y ha permanecido a través de los años como útil colaborador, ayudándome como contrastador con la realidad para encontrar ideas frescas y con la crítica del manuscrito completo antes de la publicación. Juanita Friddell y Bonnie Dennis fueron esenciales para editarlo. Además, todo el grupo de secretarías de la Universidad de

Carolina del Sur -Lottie Harvin, Virginia Rabin, Sheila Ryan, Janet Snead; Jeanette Strauss, Patricia Stone y Marina Yartzeff- que trabajaron en numerosos borradores de este libro, y se ganaron mi gratitud por su perseverancia y buen trabajo.

También estoy agradecido con Nancy Land por su distinguido servicio de orientación en el proceso de producción del libro, con Jane Stewart, por su ayuda en las últimas pruebas y con Ruth Bounous, por su colaboración para preparar los índices.

Numerosas personas ayudaron en las revisiones para la segunda edición. Lynne Kellner, D. Ross Miller y Cathline Wambach revisaron y criticaron el manuscrito completo y Frank Wiley fue especialmente útil al esclarecer la relación entre la teoría de la crisis y la teoría de los sistemas familiares. Ingrid Ramsey coordinó todas las revisiones; para la segunda edición con excepcional y muy apreciable minuciosidad.

Por último, Diane Slaikeu, quien colaboró más que cualquiera para mantener este proyecto masivo vigente durante tres años. Sin sus críticas constructivas a mis ideas, y su apoyo moral, este libro no hubiera sido posible.

KARLA. SU. I KEU

•Agradecimientos

© > © > ©

L

los siguientes permisos de reproducción:

Por las citas (en las páginas 78, 371-372) de Bryant, E. H., "Teacher in crisis: A classmate is dying". *Elementary School Journal*, 1978 181: 233-241. Copyright © 1978 por la Universidad de Chicago.

Por la cita (en las páginas 10-12) de S. J. Darush y A. R. D. Augell Jr., "Promoting Competence and Enhancing Development through Life Development Intervention". Reproducido de *Competence and Coping During Adulthood*, editado por Lyne A. Bond y James C. Rosen, con autorización de The University Press of New England. Copyright © 1980 por Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology.

Por las citas (en las páginas 27, 28-30) de R. S. Lazarus, "The Coping Paradigm". Reimpreso de *Competence and Coping During Adulthood*, editado por Lyne A. Bond y James C. Rosen, con la autorización de University Press of New England. Copyright © 1980 por Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology.

Por las citas (en las páginas 79-81) de "Coping with Untimely Death", por A. D. Weisman, En R. H. Moos (editor), *Human Adaptation: Coping with Life Crises* (Lexington, MA: D.C. Heath and Company, 1976). Copyright © 1976 por The William Alanson White Psychiatric Foundation, Inc. Reproducido con autorización especial de The William Alanson White Psychiatric Foundation, Inc.

Por las citas (en las páginas 449-465) de *Life Through Crisis: Surviving and Growing Through Personal Crisis*, por Karl Slaikeu y Steve Lawhead. Copyright © 1985 por Karl Slaikeu y Steve Lawhead, reproducido con autorización de Houghton Mifflin Company. Este libro está disponible a la venta en edición rústica publicada por Zondervan Publishing House bajo el título: *Up From the Ashes: How to Survive and Grow Through Personal Crisis*.

Contenido

Prefacio	V
Reconocimientos	IX
Agradecimientos	XI

PARTE/ CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Capítulo 1. Introducción	3
Crisis vital: Ayudar cuando los riesgos son altos	3
Antecedentes históricos	6
Influencias teóricas	9
Singularidad de la intervención en crisis	10
Capítulo 2. Teoría de la crisis: Estructura general	15
Teoría de la crisis en pocas palabras	16
Hipótesis principales de la teoría de la crisis	17
Estructura general de los sistemas	31
Familias como sistemas	33
Transacciones de sistemas	36

En síntesis	40
Resultados de la investigación.....	41
Capítulo 3. Crisis vitales durante el desarrollo • • • • •	45
Hipótesis del desarrollo.....	46
Transición o crisis	48
Preocupaciones en el curso del ciclo vital	50
Transiciones familiares y crisis	56
Crisis masculina en la mitad de la vida:	
Reordenación en la estructura vital	58
Implicaciones de la intervención.....	62
Capítulo 4. Crisis circunstanciales en la vida • • • • •	67
Salud.....	68
Muerte repentina	78
Crimen	82
Desastres naturales y provocados por el hombre	85
Guerra y hechos relacionados.....	91
Familia y economía	95
Implicaciones de la intervención.....	98

PARTE 11

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Capítulo 5. Un modelo amplio para la intervención en crisis • • • • •	103
Principios clínicos	104
Intervención de primera y segunda instancia •	108
En síntesis	111
Capítulo 6. Intervención de primera instancia:	
Primeros auxilios psicológicos • • • • • ; • • • • •	113
Metas	114
Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.....	115
Respuesta a las amenazas de suicidio u homicidio:	
Valoración de la mortalidad	127
Consideraciones prácticas	136
En síntesis	138
Capítulo 7. Primeros auxilios psicológicos: Ejemplos de casos • • • • •	139
Los primeros auxilios psicológicos durante una crisis matrimonial	139
Acción directiva en la crisis de un suicida	147
Capítulo 8. Intervención de segunda instancia:	
Terapia multimodal para crisis • • • • •	153
Valoración	154
Tratamiento: Cuatro tareas de la resolución de la crisis	177

Grupo de terapia para crisis	190
Intervenciones familiares	190
Determinación de prioridades.....	192
Evaluación del resultado	193
Investigación de la terapia para crisis	194
Conclusión.....	196

Capítulo 9. Terapia multimodal para crisis: Ejemplos de casos	197
Supervivencia a un ataque físico	197
Lidiar con la crisis de mitad de la vida de papá.....	205
Éxito y fracaso en la terapia para crisis	217

PARTE III

SISTEMAS DE OTORGAMIENTO DE SERVICIOS

Capítulo 10. Intervención en crisis a cargo del clero • • • • •	223
El papel singular del clero	226
Estrategias de orientación para crisis	229
Una mirada al futuro	236
Síntesis	237

Capítulo 11. Intervención en crisis a cargo de abogados	
y asesores legales • • • • •	239
Repaso a la bibliografía	241
Primeros auxilios psicológicos en la	
entrevista acerca de asuntos legales	244
Tendencia para el futuro	247
Síntesis.....	248

Capítulo 12. Intervención en crisis a cargo de la policía • • • • •	251
Repaso de la bibliografía	252
Primeros auxilios psicológicos a cargo de los policías	256
Conclusión	266

Capítulo 13. Intervención en crisis a cargo de las enfermeras	
y otros profesionales de la salud • • • • •	269
Repaso a la bibliografía	270
Estudio crítico y mirada hacia el futuro	289
Temas de investigación	290
Entrenamiento en investigación en crisis.....	292

Capítulo 14. Intervención en crisis en salas de urgencias	
de hospitales • • • • •	301
Revisión de bibliografía	302
Pautas para el suministro de los servicios :	310

Capítulo 15. Intervención en crisis para individuos con enfermedad mental grave y persistente	315
Antecedentes.....	316
Enfermedad mental y crisis	317
Primeros auxilios psicológicos.....	323
Un caso de primeros auxilios psicológicos: Janet.....	334
Terapia para crisis	338
Cuatro tareas para la resolución de la crisis.....	342
Casos de terapia para crisis: David.....	348
Mirando hacia el futuro	352
Capítulo 16. Intervención en crisis por teléfono	355
Singularidad de la orientación por teléfono.....	356
Línea telefónica de urgencia de una ciudad:	
Búfalo	358
Primeros auxilios psicológicos por teléfono.....	360
Investigación acerca de la orientación por teléfono	363
Una mirada al futuro.....	365
Capítulo 17. Intervención en crisis en las escuelas	367
Revisión de la bibliografía.....	368
Adaptaciones de la intervención en crisis a los ambientes escolares	377
Resumen	387
Capítulo 18. Intervención en crisis en el trabajo/en la oficina	389
Ambientes laborales	390
Revisión de la bibliografía	392
Tendencias para el futuro	398

PARTE IV ENTRENAMIENTO E INVESTIGACIÓN

Capítulo 19. Entrenamiento I: Primeros auxilios psicológicos	405
Supuestos	406
Módulos	406
Módulo uno: Las crisis y yo	407
Módulo dos: Componentes de los primeros auxilios psicológicos	409
Creación de sus propios casos para el <i>role play</i>	413
Resumen y conclusión	414
Capítulo 20. Entrenamiento II: Terapia para crisis	419
Módulo tres: Evaluación y planeación de tratamiento en la terapia para crisis	419

Módulo cuatro: Facilitamiento de las cuatro tareas	422
Una nota final: Flexibilidad	426

Capítulo 21. Un modelo para la investigación sobre intervención en crisis	433
Naturaleza de las crisis vitales	434
Estudios sobre el proceso y el resultado	438
Resumen	447
Apéndice A. Grupos de terapia para crisis	449
Guía de evaluación del comportamiento	456
Apéndice B. Cuestionario de crisis	467
Apéndice C. Glosario de técnicas de terapia para crisis	473
Afecto inducido	474
Asignaciones de tarea en ca	474
Autoayuda	475
Biblioterapia	476
Biorretroalimentación	476
Control del dolor	477
Control de la ira	477
Control de la respiración	478
Desensibilización sistemática	478
Detención del pensamiento	479
Diálogo consigo mismo	480
Dieta y nutrición	481
Ejercicio físico	481
Entrenamiento en inoculación de estrés	482
Ensayo de condicionamiento	482
Entrenamiento autógeno	483
Entrenamiento en asertividad	483
Entrenamiento en habilidades interpersonales	484
Entrenamiento en manejo de ansiedad	485
Establecimiento de una relación terapéutica	485
Escuchar de manera activa	486
Establecimiento de redes	486
Expresión de la ira	486
Hipnosis	487
Imaginación: Para el enfrentamiento y positiva	488
Implosión	489
Masaje	489
Meditación	489
Modelamiento	490
Orientación anticipatoria	491
Provocación de ira	491
Reestructuración cognoscitiva	491
Relajación muscular profunda	492
Retroalimentación	493

<i>Role playing</i>	493
Silla caliente	494
Silla vacía	494
Solución de problemas	494
Técnicas paradójicas	495
Terapia familiar	496
Terapia matrimonial	497
Terapia racional emotiva	498
Toma de decisiones	499
Yoga	500
Referencias	501
Índice de autores	549
Índice	565

PARTE



Consideraciones teóricas

Iniciamos con un marco común de referencia para la comprensión de la naturaleza de las crisis vitales, el cual sirve como fundamento para el proceso de ayuda. El capítulo 1 proporciona los antecedentes históricos de la intervención en crisis y sintetiza las influencias teóricas, presentando a aquella como forma especial de prevención secundaria (Caplan, 1964). El capítulo 2 muestra los principios básicos de la teoría de la crisis y los inserta en una estructura general de sistemas y enfatiza la importancia del grupo social y familiar, la comunidad y las variables culturales para comprender la crisis de un individuo. El capítulo 3 esboza los componentes básicos de las crisis vitales para el desarrollo, e incluyen una tabla sintética de los conflictos del desarrollo en el curso de la vida, desorganizaciones que pueden precipitar una crisis vital. Por último el capítulo 4 resume la bibliografía de las crisis circunstanciales comunes y extrae implicaciones para el proceso de intervención.

Nunca por sus alumnos con anterioridad, pero cuando el ataque sobrevino, ella no lo esperaba: la golpearon en el cuello, con un objeto pesado envuelto en una revista y asegurado con una liga, imprimiéndole toda la fuerza de la que fueron capaces. Eso la derribó, pero el profesor conferencista, de mediana edad, la levantó y le impartió dos clases pendientes ese día de febrero de 1977. Más tarde ella regresó a su casa. Nunca volvió a sus clases en la Secundaria Vocacional de Brooklyn. Dice que no lo hizo por la lesión en su cuello -los continuos dolores de cabeza y vértigos, sino también porque tiene miedo. "Me paraliza cuando veo a más de dos muchachos juntos. Si deseo salir por la noche, tengo que prepararme para ello todo el día." La Srita. Hudson, maestra veterana con 10 años de servicio, que sólo necesita completar su tesis para obtener el doctorado, sutil e involuntariamente rompe en llanto cuando describe sus lesiones y sentimientos respecto al ataque. "Sé que no estoy manejando esto lo mejor posible, lloro con facilidad cuando recuerdo algo relacionado con ello. Han pasado dos años y estoy empeorando. Estoy mejorada de veras."*

CRISIS VITAL: AYUDAR CUANDO LOS RIESGOS SON ALTOS

El enorme costo personal (físico y psicológico) en situaciones como la referida, es muy conocido para quienes ejercen en el área de la salud mental. La idea de que la resolución inadecuada de las crisis vitales (en este caso el ataque y sus

* La historia es real con un nombre ficticio. Tomado de: "Teacher's Fear Never Wanes After Assault", por J.S. White, en *Uncollected Works*, 1978. Reproducido con la autorización de Assouline Press.

consecuencias) puede conducirnos a un deterioro psíquico a largo plazo, fue una de las piedras angulares en la teoría de la crisis (Caplan, 1964).

En algunos casos, la posibilidad (le una adaptación futura es limitada., como lo indica el encabezado de este periódico:

Marido enloquecido asesina a su mujer y se suicida.

Estudiantes muertos al arrojar desde una torre.

Veteranos de Vietnam retienen a la familia de cuatro rehenes.

A muchas personas, los problemas insuperables y las tensiones de la vida las conducen a un punto tal, que tienen que encontrar una válvula de escape. El daño físico -a sí mismo, a la familia, los amigos o inclusive, a alguna persona ajena al problema- puede ser el resultado trágico.

Sin embargo, históricamente, el concepto de crisis ha sido entendido, también, con un sentido positivo. El ideograma chino de crisis indica lo mismo peligro que oportunidad. Webster lo define como el "punto de cambio", sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfennar, mejorar o empeorar. Este punto de vista se hizo especialmente manifiesto en la bibliografía popular del decenio de 1970. Y creó gran interés en el público con respecto a las crisis del desarrollo personal, o etapas de enfrentamiento con acontecimientos esperados en la vida (Sheehy, 1976). La crisis de la mediana edad surgió durante la crisis de la adolescencia como un estadio que, si se entiende de manera apropiada, ayudaría a explicarse comportamientos aparentemente inexplicables, y ayudaría a las familias a lidiar con situaciones difíciles.

¿Qué hace que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes? Una consideración especial es la gravedad del suceso que la precipita. Algunas circunstancias, como la muerte de un ser querido o ataque físico parecen tener por sí mismos el potencial para una crisis. Los recursos personales integran un segundo grupo de variables clave. Sea que hayan nacido así o que se hayan habituado a ello mediante la experiencia vital, algunas personas están mejor dotadas que otras para manejar las tensiones de la vida.

Un tercer grupo de variables incluye los contactos sociales concurrentes al momento de la crisis. ¿Quién está disponible para ayudar con las consecuencias inmediatas al suceso de crisis, y qué clase de auxilio proporcionan estos asistentes? Entanto que las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas, la ayuda externa es fundamental para desarrollar como sortearán los individuos estos puntos de cambio.

Considere el caso con el que iniciamos este capítulo -el de la maestra que trata de enfrentar las consecuencias de un ataque físico. La primera pregunta puede ser: "¿Quién supo primero del suceso que motivó la crisis del ataque?" Con un poco de reflexión, podemos construir la siguiente lista de gente que dentro de las 24 horas siguientes al ataque, tuvo algún conocimiento de su ocurrencia:

1. Otros estudiantes en el salón de clase;
2. maestros y compañeros de la escuela;
3. la enfermera escolar;
4. autoridades administrativas (el director, el prefecto);

5. el cónyuge;
6. el o los mejores amigos;
7. el médico de la familia, una enfermera;
8. el pastor/rabino, y
9. el abogado o asesor legal.

Es muy probable que varias de estas personas se hayan enterado del incidente e incluso platicaran con Susana después de la agresión. Según el modelo presentado en este libro, cada uno podría haber suministrado la intervención en crisis de primera instancia. Sea que el papel principal de estas personas fuera proporcionar atención médica, apoyo emocional, trámites administrativos o asesoría legal, toda estaba en posibilidad de ayudarla en los cruciales primeros pasos del manejo de la crisis y su eventual impacto en la vida de Susana: ¿Qué habrían hecho estos asistentes? ¿Cuánto tiempo les tomaría? ¿Qué aptitudes necesitaron?

Hay un sinnúmero de preguntas que podemos hacer respecto a Susana. En los días inmediatos al ataque, ¿qué decisiones afrontó? Por ejemplo, ¿regresada/podría regresar/debía regresar al salón de clases? Si así fuera, ¿cuándo y bajo qué circunstancias? ¿Qué preparación o adiestramiento podría necesitar para enfrentarse a la clase al regresar el primer día? ¿Cómo tendría que negociar con sus autoridades administrativas quienes, según el reportado del periódico, nada habían hecho por disciplinar a los estudiantes implicados? Más adelante, Susana podría considerar cambiar de carrera. ¿Cómo se realizaría esta decisión? ¿Qué había acerca del impacto de la crisis en su familia? ¿Qué papel jugaría ésta en la solución final de la crisis? En conjunto, ¿cómo podría abordar la crisis de Susana mejor que las reacciones psicológicas que, sin ser tratadas, afectaron su vida personal y su carrera?

En las semanas y meses siguientes al suceso que motiva la crisis, algunas personas necesitan intervención en crisis en segunda instancia o terapia para crisis. Esto implica un periodo de psicoterapia breve (de varias semanas a meses), dirigida a ayudar a los individuos a analizar los sucesos traumáticos o perturbadores, de manera que puedan salir preparados, y enfrentarse al futuro.

En el caso de Susana, los asistentes de algunos sistemas comunitarios podrían haberla ayudado a tratar con su reacción inmediata y orientarla en su toma de decisiones sobre el impacto final de este suceso crítico en su vida. La desorganización extrema que acompaña a la experiencia de crisis conducirá pronto a alguna forma de reorganización, negativa o positiva, para la víctima y sus familiares. Abundantes datos clínicos indican que aun en una tragedia como en la de Susana, existe la posibilidad de un eventual beneficio. Éste podría tomar la forma de un cambio de carrera, un ajuste en la manera de manejar ciertos aspectos de su labor actual, desarrollo de nuevas estrategias de adaptación, mejor uso de apoyos sociales o un cambio significativo de actitudes frente a la vida. En muchas ocasiones estos sucesos en apariencia casuales, proporcionan la oportunidad para que una persona en crisis vuelva a tratar con antiguos conflictos, de modo que su salud mental sea efectivamente mejorada.

Algunas personas, en especial aquellas cuyos apoyos sociales se manifiestan sin dificultad y cuya fuerza del yo es grande, que translaboran este proceso

sin ayuda formal-externa. Otras, como Susana, no lo hacen. Para esa gente la ayuda de un terapeuta capacitado, o de un consejero, puede ser muy importante. La lista de posibles establecimientos comunitarios para este tipo de servicios puede incluir:

1. Centros comunitarios de salud mental;
2. hospitales;
3. centros de consejería pastoral, y
4. profesionistas particulares.

Susana podría haber sido enviada a uno o más de éstos, mediante uno de aquellos que en primera instancia hayan tenido contacto con ella. Ella pudo eventualmente haber recibido una terapia breve de parte de una enfermera que trabajara en un equipo de cuidado de la salud familiar, o de parte de un psicólogo clínico, psiquiatra, trabajador social, consejero pastoral o un paraprofesional capacitado para ofrecer terapia breve bajo supervisión.

Podemos tomar el caso de Susana Hudson para definir la intervención en crisis como: "un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza".

Este proceso puede subdividirse en dos fases: intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina: primeros auxilios psicológicos y la intervención en segunda instancia concebida más bien como terapia para crisis. Ambas son importantes para determinar una eventual solución a la crisis. La primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato, al igual que la asistencia física por aquellos que tuvieron el primer contacto con la víctima. Esos procedimientos toman poco tiempo (minutos u horas), y puede proporcionarlos un gran número de asistentes comunitarios. La terapia para crisis, por otro lado, está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis. Ello toma más tiempo (semanas o meses), y la proporcionan terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento. Como se verá en este capítulo, la asistencia en crisis es algo que toma lugar después de un suceso traumático, aunque antes de su resolución final, sea positiva o negativa. Regresaremos a estos conceptos después de conocer una breve historia de la intervención en crisis y sus principales influencias teóricas.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores, tras el incendio del centro nocturno *Coconut Grove* en Boston, el 28 de noviembre de 1942. En lo que fue el más grande incendio de un solo edificio en la historia del país hasta entonces, 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud concentrada en el *Coconut*. Lindemann y otros colaboradores del Hospital General de Massachusetts desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes, aquellos que

perdieron a un ser querido en el desastre. Su informe clínico (Lindemann, 1944) acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida. Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel determinante en la ayuda a la gente afligida durante el proceso de duelo, de modo que se previnieran dificultades psicológicas posteriores. Este concepto fue explotado más ampliamente con el establecimiento del Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley (Boston) en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de salud mental notable por su concentración en la terapia breve en el entorno de la psiquiatría preventiva.

A partir de los principios dados por Lindemann, Gerald Caplan, miembro del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos. Estableció el asunto de modo muy breve: "un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos satisfactorio de lo que había sido hasta antes de la crisis (Caplan, 1964, página 35).

Si una investigación de pacientes psiquiátricos adultos concluye que crisis o transiciones tratadas en forma deficiente conducen a desorganizaciones y enfermedad mental subsecuentes, entonces la prevención debería contemplarse por transiciones del desarrollo en la infancia y la adultez temprana. La teoría de la crisis de Caplan, en consecuencia, se incluyó en la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson (1963), en la que los seres humanos fueron concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de una serie de ocho transiciones clave. El interés de Caplan fue cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra. Pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales en la determinación de si las crisis del desarrollo (lo mismo que las incidentales o inesperadas) resultarían en un empeoramiento.

La psiquiatría preventiva de Caplan, y su enfoque sobre la intervención temprana para procurar el crecimiento positivo y aminorar el riesgo de un deterioro psicológico, lo condujeron a un énfasis de la salud mental. Puesto que muchas de estas crisis precoces podrían ser identificadas y aun pronosticadas, sería muy importante prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios para ayudar a niños y adultos jóvenes a manejar ese tipo de desorganización. El papel del profesional de la salud mental se convirtió en el de un asistente de maestros, enfermeras, clero, consejeros orientadores y otros, en cuanto al aprendizaje para detectar y abordar las crisis en establecimientos comunitarios.

A principios de la década de 1960, el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en E.U.A., al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Centros como Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles y Erie County (Búfalo) ofrecían durante 24 horas los 365 días del año líneas telefónicas directas para la prevención de suicidios vinculados a la mentalidad activista social de la época; los centros se apoyaron mucho en los esfuerzos de voluntarios profesionales y paraprofesionales para sus programas de orientación por teléfono (McGee, 1974). Si bien los centros inicialmente

se dedicaban a prevenir suicidios, la mayor parte cambiaron rápidamente a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis. La idea fue efectuar una asesoría de apoyo disponible inmediatamente por teléfono a cualquier hora del día o la noche. Este planteamiento fue ampliamente desarrollado para incluir una función de alcance externo con la que los colaboradores pudieran, cuando fuera necesario, viajar a hogares, estaciones de autobús, campos de recreo y sitios similares para proporcionar la intervención en el lugar mismo del incidente (McGee, 1974). Las técnicas adecuadas sólo para asistir telefónicamente durante las crisis, tuvieron que desarrollarse (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; Slaik'eu y otros, 1973; Slaik'eu y otros, 1975). La principal estructura teórica de este trabajo, se apoyó en la orientación para crisis vital de Caplan. La idea fue comprender la grave desorganización y perturbación en términos de la teoría de la crisis, en todos los casos, lo mismo en las crisis de suicidio que en las de divorcio, desempleo, maltrato conyugal o rebeldía adolescente.

Paralelamente al crecimiento de los centros de prevención para el suicidio se presentó la urgencia formal de los movimientos comunitarios de salud mental en E.U.A. Como medida para ejecutar las recomendaciones de la Comisión del Congreso Estadounidense para la Salud y Enfermedad Mental, en 1961, y con el apoyo activo de la administración Kennedy, el congreso aprobó el Acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental en 1963. En concordancia con el propósito de proveer servicios de salud mental en medios comunitarios (esto es, sin restringirlos a los hospitales) fue un énfasis en la intervención temprana dirigida a preservar los problemas menores lejos de un desarrollo que los convierta en patologías graves. La intervención en crisis y servicios de urgencia (las 24 horas del día), se consideraron como parte integral de cualquier sistema de salud mental en una comunidad extensa, tanto que una fundación federal era imposible, a menos que un componente de servicios de urgencia fuera incluido en cualquier programa de los centros. Aun cuando el establecimiento del concepto de salud mental comunitaria afrontó obstáculos muy pronto (Bloom, 1977), la preeminencia del componente de servicios, establecido dentro de la estructura de la crisis, ha perdurado. El sistema de servicio equilibrado de los años de 1970 identificó cinco áreas de programación: a) servicio, b) administración, c) participación ciudadana, d) investigación y evaluación y e) capacitación del personal. El área de servicios fue dividida en ocho subáreas, dos de las cuales (estabilización de la crisis y crecimiento) incluyen actividades comprendidas bajo la noción caplaniana de intervención durante las crisis vitales (Comisión Mixta de Acreditación de Hospitales, 1979).

Mientras los programas de intervención en crisis se desarrollaban en las décadas de 1960 y 1970, comenzó a surgir bibliografía sobre intervención. En publicaciones de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, aparecieron numerosos informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis. Se publicaron órganos informales específicamente para tratar temas sobre las crisis, como *Crisis Intervention* y *Journal of U/e Threatening Behavior*. También se editaron numerosos libros con instrucciones prácticas sobre "cómo hacer" la intervención en crisis. (Aguilera y otros, 1974; Cmw, 1977; Hoff, 1978; McMurray, 1975; Puryear, 1979), complementados con libros de consulta, (Lester y Brockopp, 1973; Specter y Clairborne, 1973).

Durante este tiempo los investigadores también dirigieron su atención a programar la evaluación en los centros de atención a crisis (Fowler y McGee, 1973; Heaton y otros, 1972; Knickerbocker y McGee, 1972; Slaik'eu y colaboradores, 1975; Slaik'eu y colaboradores, 1973). En las postrimerías de 1970, se habían generado estudios suficientes como para merecer algunas revistas importantes (Auerbach y Kilmann, 1971; Baldwin, 1979; Butcher y Koss, 1978; Butcher y Maudal, 1976; Smilh, 1977).

Con su apoyo en el tratamiento breve, la intervención en crisis se valoró más aún, en tanto que las restricciones económicas condujeron al énfasis sobre la utilización diligente de los escasos recursos. Por ejemplo, Cummings y sus colaboradores en el Kaiser Permanente de California demostraron la eficacia del costo en psicoterapia breve (un promedio de 6.2 sesiones) en un plan de salud pagado por adelantado (Cummings, 1977). Esta innovadora terapia de corto plazo fue más efectiva que la psicoterapia a largo plazo, compensándose su costo con la reducción de los cuidados médicos futuros. Por tanto, la intervención en crisis desempeña un papel importante en los paquetes de servicios de salud completos.

Más allá de la necesidad de economizar, de cualquier modo, el interés renovado en la intervención en crisis fue catalizado por la sugestividad del concepto de crisis: El dolor emocional y el sufrimiento están limitados en tiempo y puede, potencialmente, haber resultados positivos o negativos a largo plazo. Como señala Viney (1976), el concepto de crisis:

...evita mucho el pesimismo, de un uatorio y aun invalidante planteamiento que nosotros... muchas veces hacemos a los pacientes. Al visualizar las crisis como parte del desarrollo normal, y al enfatizar lo positivo de salir adelante más bien que lo negativo de los mecanismos de defensa y al proponer soluciones a las crisis que lo mismo dan paso al crecimiento que a la regresión (página 393).

Igualmente, Baldwin (1979), sugiere que el modelo de intervención en crisis, en virtud de su carácter interdisciplinario fuerte tanto en la teoría como en la práctica, puede conducir a una influencia unificadora entre los profesionales de la salud. Estas ideas son congruentes con el creciente énfasis en la interconexión del cuidado de la salud mental y física en el tratamiento integral de la persona.

INFLUENCIAS TEÓRICAS

Moos (1976), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio. Las ideas de Darwin condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Moos, 1976, página 6).

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas conciernen

a la motivación y el impulso: ¿Qué mantiene activa a la gente y con qué fin? La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers (1961), y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y el crecimiento positivos del hombre. Ambos se enfocaron en la tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes. El estudio de Maslow sobre figuras sobresalientes, contemporáneas e históricas (Abraham Lincoln, Albert Einstein, Jane Addams y Eleanor Roosevelt), reveló modos de vida caracterizados por espontaneidad, intereses sociales y altruismo, amistades, independencia relativa de influencias culturales extremas, habilidad para resolver problemas y un amplio marco de referencia o perspectivas en la vida. La prisa de la autorrealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler (1962) y otros en que la conducta humana es intencional, y es altamente dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se considera a las crisis como momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o súbitamente parecen inalcanzables.

El enfoque de Erikson (1933) del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia capital para la teoría de la crisis. La visión de Erikson en cuanto a ocho etapas, cada una de las cuales presenta un nuevo reto, transición o crisis proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica primitiva, que sugiere que la vida se basa esencialmente en los sucesos de la infancia y la niñez muy temprana. La teoría de las etapas de Erikson suponía que, con cada transición, el desarrollo subsecuente estaba "en la línea", por así decirlo. Un adolescente que no pudo resolver la crisis de identidad frente a una confusión de roles, al hacer elecciones sobre su carrera, sus creencias y compromiso matrimonial, conllevó el riesgo de obnubilarse y confundió sus decisiones de adulto. La teoría del conflicto original se resolvió.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte repentina del cónyuge o parientes, cirugía mayor, la lenta agonía de un niño y los desastres. Al generalizar este concepto para incluir el impacto de una serie de sucesos de menor importancia, Holmes y sus colaboradores demostraron cierta relación entre el estrés asociado con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad (Hohnes y Masuda, 1973).

SINGULARIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Desde sus inicios a finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo. Los servicios de las líneas telefónicas de urgencia entrenaban a trabajadores voluntarios para impedir que quienes llamaban cometieran un suicidio. La adecuada transición durante el proceso de duelo, se adoptó para prevenir una inadaptación posterior en la vida. Virtualmente, cualquier intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis vitales

se ha considerado como importante puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores. (Caplan, 1974.)

En el entorno de la salud pública, la prevención puede tomar tres formas (Bloom, 1977; Caplan, 1964). La prevención primaria que se encamina a reducir la incidencia de trastornos; la prevención secundaria que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos; y la prevención terciaria, encaminada a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. En este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria puesto que es un proceso que tiene lugar después de que los sucesos críticos de la vida han ocurrido.

¿La prevención secundaria es lo "segundo mejor"? No deberíamos enfocarnos en energía hacia la intervención de primera instancia, la que busca evitar que la crisis ocurra, más bien que a intervenir cuando la crisis ya ha tenido lugar? Tyhurst (1958), responde que siempre habrá una necesidad determinante para la intervención en crisis como prevención secundaria:

En situaciones de transición como desastres, migraciones o jubilación, no hemos sido hechos conscientes del valor de la preparación y la planeación. La imprevisibilidad en los desastres, lo inusual de la migración y la negación a la jubilación, por ejemplo, interfieren con la preparación realista. En cambio, como ya se describió, hemos estado mucho más influidos por la importancia de tomar medidas preventivas durante el periodo de retirada del desastre, y aquellos análogos en etapas de migración o jubilación. Durante estas fases de trastorno, el individuo ha tratado de actuar, sus hipótesis han sido puestas en tela de juicio y el rumbo tomado en ese momento tendrá un peso determinante sobre los sucesos psicológicos subsecuentes, así como para su futura salud o enfermedad...

Insistiendo, en cuanto al momento óptimo de la Intervención, nosotros consideramos que el incremento en el énfasis tendrá que ubicarse sobre los intentos de intervención durante el periodo de trastorno, que es tan característico de las etapas de transición (página 163).

Para asentar esto de otro modo, es mucha la gente para la cual las cosas tienen que empeorar antes de que ellas puedan ponerse mejor. El crecimiento sólo puede ocurrir después de que los patrones previos se hayan destruido y el lugar el proceso de reconstrucción.

Danish y D'Augelli (1980) sostienen que el concepto de prevención debería de reemplazarse por el de enriquecimiento y crecimiento durante la crisis. Proponen que el lenguaje de la prevención realmente implica que deberíamos alejar a la gente de su experiencia de crisis en primer lugar, con la esperanza de reducir la posibilidad de un debilitamiento psicológico posterior. Como una alternativa, estos autores ofrecen un modelo de crecimiento y desarrollo humano:

...el crecimiento está precedido por un estado de desequilibrio o crisis que sirve como base para un crecimiento futuro. De hecho, sin crisis el crecimiento no es posible. Caplan (1964) reconoció esta cualidad de las crisis al argumentar que el modo como éstas se resuelven, tiene un impacto capital sobre su papel final en la salud mental. Al esforzarse para alcanzar la estabilidad durante la crisis, el proceso de salir adelante por sí mismo puede redundar en el logro de una "estabilidad" cualitativamente diferente. De manera; contrariamente-

Cuadro 1-1. Intervención en crisis en el ambiente

	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Objetivos	Reducir la incidencia de los trastornos mentales; Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humano a través del ciclo vital.	Reducir los efectos debilitantes de la crisis vital; Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.	Reparar el daño hecho por crisis vitales no resueltas, esto es, tratamiento de mentales/emocionales
Técnicas/estrategias	Educación pública, cambios en la administración con relación con los tesoreros ambientales. Enseñar a los niños habilidades para resolver problemas	Intervención en crisis: Primeros auxilios psicológicos; Terapia para crisis	Psicoterapia a largo plazo reentrenamiento, medicación, rehabilitación
Poblaciones asediadas	Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo	Víctimas de experiencia de crisis y sus familias.	Pacientes, casos psiquiátricos
Oportunidad	Antes de que los sucesos de crisis ocurran	Inmediatamente después del suceso de crisis.	Años después del suceso de crisis
Ayudantes/sistemas comunitarios	Gobierno (poderes legislativo, judicial y ejecutivo); escuelas, iglesias/sinagogas, medios de comunicación	Profesionales al frente, (abogados, clero, maestros, médicos, enfermeras, policías, etc.); Familias, sistemas sociales; Psicoterapeutas y consejeros.	Profesionales de la salud mental en hospitales y clínicas de consulta externa

al punto de vista de que las crisis son destructivas, afirmamos que las mismas pueden iniciar un proceso de estructuración hacia un crecimiento posterior (Danish, 1971). Si las crisis pueden tener los mismos resultados negativos o positivos, el objetivo de la intervención no es prevenirlas, sino más bien mejorar o enriquecer las aptitudes de los individuos para tratar constructivamente con estos sucesos (página 61).

Como lo indica el cuadro 1-1, la intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administradas después de que los sucesos de crisis y sus consecuencias hayan ocurrido. La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Así, según Tyhurst, ésta se presenta en el

momento en que el trastorno ha ocurrido y la reorganización se presentará, para bien o mal. En los modelos experimentales esto es visto como la máxima oportunidad de crecimiento, puesto que los viejos patrones han sido hallados deficientes y los nuevos deben resurgir. El cómo la gente conceptúa los sucesos, esto es, los interpreta a la luz de sus expectativas de vida y metas a largo plazo, es determinante para el desarrollo futuro. Como lo indica el cuadro 1-1 la intervención pretende reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la probabilidad de crecimiento o destreza para el individuo. Las poblaciones asediadas son víctimas de las crisis, lo mismo que sus familiares cercanos y amigos. (Véase Felner y colaboradores, 1981, para una descripción de un programa de prevención para niños pequeños que experimentan crisis.) Los principales instrumentos son los guardianes comunitarios de avanzada, los consejeros y los terapeutas. Esto no sugiere que muchas de las crisis no sean tratadas naturalmente en ámbitos comunitarios. De hecho, sabemos que con frecuencia éste es el caso. De cualquier modo, para muchos, la asistencia de ayudantes será decisiva al determinar la resolución final de la crisis. Finalmente, las estrategias de la intervención en crisis tienen dos aspectos: la primera ayuda psicológica inmediata (proporcionada por los individuos más cercanos al suceso) y la terapia breve para crisis (proporcionada por asesores entrenados y terapeutas).

En contraste, la prevención primaria tiene lugar mucho antes de que ocurran los sucesos de crisis en realidad. Literalmente, la verdadera prevención significa evitar que sucedan algunos acontecimientos en primer lugar, por medio de cambios de política en la administración pública (por ejemplo, reducción del desempleo), y otras intervenciones en niveles del aparato social (por ejemplo, iniciativas de ley y compromisos políticos para disminuir las poblaciones en prisión). Cuando los estímulos externos no se pueden evitar, las estrategias de mejoría se dirigen a la capacitación de los individuos para la resolución de sus problemas y el manejo de sus habilidades, de modo que estén mejor preparados para sobrevivir a los sucesos críticos de la vida. Referidas a prevenir lo mismo que a mejorar, estas estrategias surgen antes de que ocurran los sucesos. Ellas son el soporte principal de áreas como la psicología y psiquiatría comunitarias (Danish y D'Augelli, 1980; Rappaport, 1977; Reiff, 1975).

El tratamiento o prevención terciaria incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos psicológicos que resultan de una resolución deficiente de las crisis vitales. Su propósito es reparar el daño ya hecho en pacientes que son: 1) psicosis accidentales por estrés vital. Esto conduce a un amplio rango de técnicas de psicoterapia y farmacéuticas y es primordialmente en el ámbito de los profesionales de la salud mental, que la mejoría/prevención recae en los educadores y organizadores.

El caso de Susana Hudson, como se mencionó al principio de este capítulo, ilustra las diversas interacciones en el cuadro 1-1. Las estrategias preventivas tendrían que dirigirse en primer lugar a evitar que el ataque sobreviniera. Esto incluiría esfuerzos para reducir el cupo del aula o incrementar los recursos personales y educativos de la escuela. No obstante que es posible decir que Susana por sí misma pudo tomar las medidas para prevenir este acontecimiento, un verdadero enfoque de prevención primaria tendría que haber sido sobre el mismo sistema escolar. La intervención en crisis se habría dirigido a resolver junto con Susana las consecuencias inmediatas de la tragedia. Su interés

hubiera tenido que ver con lo que ocurrió, el impacto sobre Susana y su familia, la ausencia o presencia relativa de fuerzas y recursos disponibles para ella, y con ayudarla a translaborar el episodio completo. Su enfoque sería prevenir el resultado que en realidad ocurrió en su caso -angustia y debilitamiento dos años después del hecho. Aun cuando pudiera parecer ingenuo hablar sobre el crecimiento mediante cada episodio trágico, había posibilidades de nuevas direcciones en la vida de Susana después de esta crisis (como una nueva profesión, un nuevo enfoque para la enseñanza, tratar con estudiantes y administradores de manera más asertiva). El tratamiento o rehabilitación implicaría ayudar a Susana años después del incidente, tiempo en el cual ella estaba limitada para vivir (incapaz de regresar a la escuela), dado que no estaba funcionando por completo. La intervención en crisis pudo haberla ayudado a manejar más efectivamente la situación. y volverla más abierta a experiencias en la vida futura.

ESTRUCTURA DE ESTE LIBRO

Una revisión de los temas principales tratados en este capítulo nos da una clave para el planteamiento de la intervención en crisis utilizado para el resto de la obra. El siguiente capítulo describe la teoría de la crisis, distribuyéndola en una estructura de sistemas generales. El énfasis será considerar cualquier crisis individual en el contexto de la familia y el grupo social, sistemas comunitarios y valores culturales. Esto será continuado por capítulos dedicados al análisis tanto de las crisis vitales de tipo circunstancial como de las que forman parte del desarrollo. Se revisarán descubrimientos importantes, con énfasis particular en las implicaciones de la intervención. En la Parte II, se describirá un modelo amplio para la intervención en crisis, seguido por descripciones lo mismo de las intervenciones de primera instancia (primeros auxilios psicológicos), que de segunda instancia (terapia para crisis), incluyendo para cada uno un análisis de ejemplos de casos.

La Parte III incluye aplicaciones concretas del modelo de crisis por destacados profesionales en diferentes sistemas comunitarios, seguido por capítulos que versan sobre la capacitación e investigaciones sobre intervención en crisis.

En el resto del libro, nuestra primera ingerencia será con la práctica de **intervención** en crisis. El material presentado se proporcionará con miras a su aplicación eventual por profesionales como se listados en la Parte III. Al mismo tiempo, como referencia a la estructura de sistemas generales para la teoría de la crisis y el proceso de intervención (capítulos 2 y 5), intentaremos delinear pautas para futuras investigaciones. Algunos capítulos selectos contendrán secciones de investigación, pensadas para resumir tendencias, exponer lagunas y ofrecer sugerencias para trabajos más profundos en esta área.

Teoría de la crisis

2

Estructura general

T. *quilizante s "acw/e al" "mldU» "Uario a puli< •mm- para calmar sus nervios. No ha podido conciliar el sueño a últimas fechas y anoche su esposa desde hace tres años. le informó que lo dejaba por otro hombre. El trastorno se precipitó por esta injusticia, y él ahora se enfrenta a una semana de exámenes finales del último semestre de su año de carrera, lo que lo ha convertido en una "ruina total". Parece estar muy confundido y se queja de dolores estomacales. Al hablar de su situación con la enfermera, oscila entre una plática enérgica y nerviosa acerca de terminar todo este lío y sugerencias vagas acerca de que quizá ello no sea tan importante, después de todo y no lo haga.*

De acuerdo con muchas definiciones de la palabra, Tom está en "crisis". Visiblemente perturbado, experimenta demasiada tensión en su casa y escuela, y parece incapaz de manejarla en absoluto. ¿Cuál sea la situación si Tom sólo tuviera problemas maritales y no en la escuela? ¿Podría considerarse de todos modos una crisis si Tom estuviera nervioso, aunque sin aludir al suicidio? ¿Por qué no intentamos simplemente que Tom esté bajo demasiada "tensión", en vez de "en crisis"? ¿O es su crisis un signo de neurosis u otra forma de psicopatología?

Todas estas preguntas nos conducen a la necesidad de definir la crisis y a una explicación de lo que puede denominarse: "teoría de la crisis". Desde un punto de vista teórico, si el estado de crisis se distingue de los que no lo son, el concepto íntegro carece de sentido. Desde un punto de vista práctico, es importante entender cuándo una persona está en crisis y cuándo no, para proporcionarle la ayuda apropiada.

TEORÍA DE LA CRISIS EN POCAS PALABRAS

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis como los describieron diversos teóricos. El énfasis de Caplan (1964) es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. Taplin (1971) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas. Otros se enfocan sobre la interacción entre el estado de crisis subjetiva y algunas situaciones ambientales objetivas (Schulberg y Sheldon, 1968).

Apartado Z-1

Wlr.....J

RAÍCES SEMÁNTICAS DE LA CRISIS

Un análisis semántico de la palabra crisis revela conceptos que son ricos en significado psicológico. El término chino de crisis (*we/fi*) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo (Wilhelm, 1967). La palabra inglesa se basa en el griego *Krinein*, que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968).

Quizá la mejor manera de explicar nuestra definición de crisis es en términos de la teoría de la crisis, como sigue:

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita. Puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de otros significativos).

Los principios más importantes de la teoría de la crisis están incluidos en este párrafo, y cada uno de ellos se analizará más adelante. Algunos escritores o investigadores en esta área argumentan que la teoría de la crisis es una teoría en el más puro de los sentidos de la palabra, esto es, contiene principios empíricos

susceptibles de explicar sucesos que ya han ocurrido y predecir otros. Más bien, la teoría de la crisis es, en realidad, un conjunto de principios o hipótesis que han recibido la atención de profesionales e investigadores. (Véanse las reseñas de Auerbach 1986, Wortman y Silver, 1987, y Felner y colaboradores, 1986, para una síntesis y crítica de las principales formulaciones teóricas para las crisis vitales.) Este capítulo explicará estos principios y los ubicará en una estructura de sistemas generales. El objetivo es organizar los conocimientos actuales y, al mismo tiempo, preparar el terreno a futuras investigaciones para perfeccionar, o posiblemente redirigir, diversos aspectos de la teoría. Empezamos por identificar las hipótesis principales de nuestra versión "en pocas palabras" de la teoría de la crisis.

HIPÓTESIS PRINCIPALES DE LA TEORÍA DE LA CRISIS

Sucesos precipitantes

Las crisis tienen comienzos identificables. Desde que los clínicos teóricos comenzaron a reflexionar sobre la naturaleza de las crisis vitales, tras las consecuencias del incendio en el Boston *Coconut Grove Nightclub* 1941, la experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Viney (1976) resumió diversos estudios que aislaban sucesos de la vida que tenían el potencial para precipitar una crisis vital: embarazo y nacimiento de un niño (Caplan, 1960; Shereshfsky y Yarrow, 1973; Levy y McGee, 1975); maternidad sin matrimonio (Floyd y Viney, 1974); la transición de la casa a la escuela (Klein y Ross, 1958) y de la casa a la universidad (Silber y colaboradores, 1961); compromiso y matrimonio (Rapoport, 1964); cirugía y enfermedad (Janis, 1958; Titchener y Levine, 1960); duelo (Lindemann, 1944; Parkes, 1972); migración/reubicación (Brown, Burditt y Lidell, 1965; Viney y Bazeley, 1977); jubilación (Cath, 1965); desastres naturales (Baker y Chapman, 1962); y cambios sociales y tecnológicos rápidos (Toffler, 1971).

Algunos sucesos son tan universalmente devastadores, que casi siempre son capaces de precipitar una crisis; por ejemplo, la muerte inesperada de un ser querido o la violación. Sin embargo, otros sucesos no son en sí y por sí una proporción digna de una crisis, pero deben considerarse en el entorno del desarrollo total del individuo. Danish y D'Augelli (1980), se refieren a estos sucesos como indicadores del desarrollo. Por ejemplo, para entender cómo el nacimiento de un niño, matrimonio, "nido vacío", jubilación, pueden precipitar una crisis vital, necesita observarse tanto el suceso externo como lo que éste significa para la persona en el entorno de la historia de su desarrollo. Nowak (1978), sugiere que el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos para el desarrollo. Lo mismo distinguido por lo repentino y severo (un desastre natural), que por su sutileza (el cumplir 40 años), un principio básico de la teoría de la crisis es que el inicio de ésta se liga a algún suceso de la vida del individuo.

Cuadro Z-1. Escala en la tasa de readaptación social*

Grado	Suceso en la vida	Valor medio
2	Muerte del cónyuge	100
	Divorcio	73
3	Separación Matrimonial	65
4	Cumplimiento de sentencia penal	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesiones personales o enfermedad	53
7	Matrimonio	50
8	Despido del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Trastornos sexuales	39
14	Un nuevo miembro en la familia	39
15	Reajustes en los negocios	39
16	Cambio en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio de profesión	36
19	Cambio en el número de discusiones con el cónyuge	35
20	Hipoteca o préstamo para una compra importante (una casa u otros)	31
21	Juicio hipotecario o por préstamo	30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo o hija que abandona el hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logros personales sobresalientes	28
26	Esposo que empieza o deja de trabajar	26
27	Inicio o término de la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Corrección de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en las condiciones y horarios de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio en las diversiones	19
35	Cambio en las actividades de la iglesia	19
36	Cambio en actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo para una compra menor (automóvil, televisión u otros)	17
38	Cambio en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11

* Reproducido con autorización del *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218, T.H. Holmes y R.H. Rahe, "The Social Readjustment Rating Scale", Copyright 1967, Pergamon Press, Inc.

Con mucha frecuencia el hecho se interpreta por la persona en crisis como el gran colmo, o al parecer como un acontecimiento de importancia menor al final de una larga lista de sucesos tensionantes. Holmes y Rahe (1967) investigaron la relación entre la salud física y los cambios más importantes en la vida como sucesos que provocan tensión (por ejemplo, la muerte de un cónyuge, el divorcio, el embarazo, un cambio de residencia). A los sucesos de la vida se les asigna un peso numérico (unidades de cambio en la vida), los cuales se suman para cuantificar el cambio que experimenta una persona durante una secuencia temporal particular (cuadro 2-1). Según este modelo, la crisis vital se define como cualquier conjunto de unidades de cambio en la vida que suman 350 puntos o más en un año.

Tipos de circunstancias y de desarrollo

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de la pérdida de seres queridos en un desastre natural (incendio, inundación), y quienes son víctimas de crímenes violentos (asaltos, violaciones), son ejemplos de crisis inducidas por situaciones circunstanciales. Esta categoría también incluye las crisis que se centran en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo.

Las crisis de desarrollo, por otro lado, son aquellas relacionadas con el desarrollo de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, esto significa que muchas de estas crisis son "predecibles" puesto que vemos, con anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas. La diferencia entre las crisis circunstanciales y las del desarrollo, es comúnmente, aceptada en artículos y libros que versan sobre la intervención en crisis, y serán seguidas en este libro, con un capítulo dedicado a cada una de ellas (capítulos 3 y 4).

La clave cognoscitiva

Una perspectiva cognoscitiva de la crisis (Taplin, 1971), sugiere el cómo un individuo percibe el suceso que da lugar a la crisis, en especial cómo el suceso incide en la estructura existencial de la persona acerca de la vida, lo que hace que la situación sea crítica. La visión de Taplin es que deberían considerarse los conocimientos de las personas y sus expectativas de un modo muy parecido a un computador programado para recibir información, lo que se comporta coherentemente. Considerada de esta manera, la crisis es un momento en el que la nueva información recibida por la computadora es al mismo tiempo: a) completamente disonante con el programa ya existente, o b) entra en grandes cantidades de información que el computador experimental alguna vez sobrecarga y mal funciona.

Un ejemplo es el del esposo confiado que encuentra que su mujer ha estado sosteniendo relaciones con otra persona desde el año anterior y quiere dejarlo

por su nuevo amante. La crisis subsecuente para el esposo, surge del conflicto entre la nueva infonación (mi esposa sostiene relaciones amorosas con otro y me ha do mfiel desde el año pasado) y una estructura cognoscitiva existente-O u_n conJnto de expectativas acerca de la vida (miesposa sólo me ama a mí, ha sido Y siempre será fiel conmigo y es sobre esla base en la que se sustentan **la u** relaciones). Una comprensión de esta crisis se basa en la cognición posterior referente a que la relación depende de la fidelidad mutua. En una esn:uctura cognoscitiva, el suceso externo es amenazante puesto que es incompatible con la comprensión del esposo de las condiciones para la supervivencia de una relación a largo plazo.

Un suceso también puede manifestarse por conflictos, contratiempos person sdel pasa<_Io(Perls y colaboradores, 1951),de tal modo que seprecipite una ls. En el ejemplo anterior, si el esposo tiene una autoimagen pobre (posiblemente como resultado de experiencias desagradables durante la infancia, o la carencia de una fonnación de identidad positiva durante la adolescencia), la oticiade que su esposa sostiene relaciones con otro hombre adquiere ?ran m_tensld. En el núcleo de la crisis de este hombre está el hecho de que la mfidelidad libera recuerdos dolorosos y sentimientos de inadecuación. Como se analizará después, esta perspectiva es la clave para entender la naturaleza poderosa de expeiciencia de crisis. Esto nos muestra por qué algunos sucesos pueden ser psicológicamente tan devastadores, y revela también la dimensión del peligro y Ja oportunidad en la crisis. Dependiendo de cómo el esposo **transla** la experiencia, la crisis puede reafmnar su autoimagen negativa o convertirse en una oportunidad para enfrentar anónicamente y reelaborar problemas de identidad y conflictos de imagen hacia nuevas direcciones que redunden en crecimiento y funcionamiento mejorado.

Rapoport (1965) sugiere que un conflicto inicial p;uede percibirse como a) una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional, b) una pérdida (de una persona, habilidad o aptitud), c) un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo. En cada caso los procesos cognoscitivos median entre el suceso y la respuesta del individuo al mismo. Clínicamente, es muy importante, después de determinar el suceso pri:38te, averiguar lo que éste significa para la persona en crisis. Un error **clortantees** asumir que se tiene un conocimiento de lo que el suceso de cstS slgrifica para el paClente. Como propone Viney (1976), "así como el alunentode un hombre espasa otro veneno, la crisis de un hombre puede ser para otro una secuela ordinaria de sucesos". No es simplemente la naturaleza del suceso lo decisivo para el entendimiento del estado de crisis. Es necesario conocer, también, cómo el suceso se percibe de modo que sea una amenaza o más específicamente, qué mapa cognoscitivo o expectativas establecidas en la vida se han violado y qué conflictos personales inconclusos se hicieron evidentes por el proceso de crisis.

Desorganización y desequilibrio

Uno de_ P5 tos.más obvios de la crisis es el trastorno emocional grave, o deseqmhbn, experunentado por el individuo. Millere Iscoe (1963), describen los sentimientos de tensión, ineficacia y desamparo de la persona en crisis. Crow (1977) ensella a los consejeros de crisis a buscar las que muestran tres colores

-amarillo (ansiedad), rojo (cólera) y negro (depresión)---, que reflejan los aspectos emocionales del estado en crisis. Con frecuencia los clínicos presencian no sólo reacciones emocionales (llantos, cólera, aflicción), sino también enfermedades somáticas (úlceras, cólicos) y trastornos de conducta (conflictos interpersonales, insomnio, incapacidad para el desempeño sexual o para llevar adelante su trabajo).

Halpern (1973) intentó definir empíricamente la crisis al comparar la conducta de la gente que no la experimenta con la que sí Ja padece. Las personas en crisis experimentaron los siguientes síntomas más significativamente que aquellas que no:

1. Sentimientos de cansancio y agotamiento;
2. sentimientos de desamparo;
3. sentimientos de inadecuación;
4. sentimientos de confusión;
5. síntomas físicos;
6. sentimientos de ansiedad;
7. desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales;
8. desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares;
9. desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales; y
10. desorganización en sus actividades sociales (página 345).

La lista permite destacar la idea de Caplan de que el estado de crisis sé caracteriza por el desequilibrio y la desproporción. Como lo indica la investigación de Halpern, la desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

Vulnerabilidad y reducción de las defensas

Una parte en la desorganización del estado de crisis es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo (Taplin, 1971). Esto también se conoce como reducción de defensas (Halpern, 1973). Cuando un individuo ya no es capaz de salir adelante y le parece que todo se ha desintegrado, es **casi** como si quedara nada por defender. En la estructura cognoscitiva de Taplin, la sobrecarga del suceso precipitante deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias. Los clínicos infonnan que en ciertos momentos, durante el estado de crisis, los pacientes están listos para nuevas conceptualizaciones que los ayudarán a explicarse los detalles del conflicto, y a entender qué pasó o está pasando. Como Tyhurst (1958) sugiere, esta vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que **eteriza** a las crisis vitales.

Trastorno en el enfrentamiento

Casi cualquier definición de crisis **Se** centra en la idea de que el enfrentamiento o la solución de problemas se han malogrado. El supuesto es que, a medida que maduramos, cada uno de nosotros de&folla diversos métodos para enfrentar

las dificultades de la vida. La perturbación de la crisis, sea el resultado de un hecho demasiado amenazante o de una serie de tensiones, redundará en aflicciones demasiado graves para soportarlas, que ponen en juego todos los recursos disponibles para resolver los problemas. Las maniobras que podrían haber funcionado antes, como redefinir la situación, soslayarla, hablar con un amigo o tomar unas vacaciones, no son adecuadas. La persona en crisis puede sentirse miserable, o completamente incapaz de abordar nuevas circunstancias desestabilizantes.

Caplan resume en siete características la conducta de enfrentamiento efectivo, como sigue:

1. Explorar activamente conflictos reales y buscar información,
2. expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración,
3. pedir ayuda activamente a otros,
4. descomponer los problemas en fragmentos manejables y translaborar uno cada vez,
5. estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por seguir adelante en tantas áreas del funcionamiento como sea posible,
6. controlar los sentimientos donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible y estar dispuesto a cambiar, y
7. confiar en sí mismo y en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados por venir.

Este modelo es congruente con el modelo teórico desarrollado por Richard Lazarus (1980), en el que el enfrentamiento se define en términos de dos actividades principales. La primera incluye el cambio de situación-solución de problemas. Esto comprende en la lista de Caplan como: la exploración de conflictos reales (1), pedir ayuda de otros (3), descomponer el problema en fragmentos manejables (4), confiar en sí mismo y en otros (7), y tener una actitud de confianza en la propia capacidad para resolver el problema. El segundo aspecto del enfrentamiento para Lazarus implica el manejo de los componentes subjetivos del problema. Esto incluye manejar sentimientos positivos tanto como los negativos y tolerar la frustración (2), manejar la fatiga y las tendencias hacia la desorganización en tanto se mantiene el control, los esfuerzos por salir adelante y el dominio básico de los sentimientos (5), (6).

Para comprender la acción de enfrentamiento de Lazarus, es necesario dar un paso atrás. Ello ocurre cuando ocurre un suceso ameno. Ante el individuo realiza una primera y luego una segunda valoración de la situación. La primera contesta la pregunta: ¿"Hay algún peligro aquí"? Esto supone que los hechos pueden ser lo mismo: a) irrelevantes tanto como afecten el bienestar del individuo (el despido de empleados en otra fábrica, o departamento), b) benigno o positivo (recibir un pequeño aumento salarial) o c) tensionantes. Estos últimos en el modelo de Lazarus pueden considerarse como uno de tres tipos. En primer lugar, el suceso puede representar una pérdida física o pérdida (pérdida de un miembro del cuerpo, divorcio, muerte intempestiva de un ser querido). Segundo, un acontecimiento tensionante puede representar una amenaza para el bienestar presente. Tercero, un suceso de mucha tensión puede representar un reto, una oportunidad de crecimiento, dominio o ganancia. Antes que cualquier

enfrentamiento tenga lugar, la valoración primaria es un proceso coocitivo que determina si algo conlleva riesgo, y si es así, cuáles son los peligros.

La valoración secundaria en el modelo de Lazarus es también una estrategia cognoscitiva, pero que le concierne al enfrentamiento: esto es, al "qué hacer". Esta valoración se dirige a un cambio en la situación y al uso de los componentes subjetivos (sentimientos, pensamientos, bienestar físico, conducta) relacionados con la situación.

El estado de crisis se caracteriza por un trastorno en estos procesos. La solución racional del problema es imposible (la exploración de Caplan de conflictos reales, petición de ayuda a otros, descomponer el problema en fragmentos manejables) y la persona en crisis se vuelve difícil para manejar aspectos subjetivos de la situación (dolores físicos, sentimientos de ansiedad, temor agotamiento). Como veremos en análisis posteriores del proceso de ayudo este enfoque provee una estructura para las decisiones sobre cómo será mejor la ayuda durante el tiempo de crisis.

Límites de tiempo

La mayoría de los terapeutas piensan que el estado de crisis es agudo (ataque repentino de corta duración), como el episodio de la crisis (que se extiende más allá del tiempo normal y dura de meses a años). El concepto de Caplan reiterado de modo frecuente en la bibliografía clínica, en cuanto a que la crisis se resolverá de manera típica en 4 a 6 semanas. La figura más típica de la crisis es de seis semanas de duración o de confusión. Muchos escritores mencionan que cuando no fueron resueltas en un periodo corto (Wortman y Silver, 1987; Tait Silver, 1987 - Lewis y otros, (1979) aplicaron pruebas psicológicas y codieron un seguimiento con un grupo de pacientes en crisis que sufrieron diagnóstico de cáncer, lo mismo que con otro conjunto de individuos que habían padecido cirugía por una enfermedad menos grave. Encontraron que la duración de la crisis fue mayor a seis semanas pero menor a siete meses, y concluyeron que aunque el cálculo de las seis semanas era engañoso, hay límites de duración en una crisis. Lazarus (1980) señaló que la resolución de una crisis de duelo puede llevarse años.

Auerbach (1986) revisó una gran cantidad de estudios que indican que los efectos de la desorganización por la crisis continúan años después de la crisis. En estudios de sobrevivientes de los campos de concentración nazis, ejemplo, se han encontrado reacciones de tensión continua y persistente, evidenciadas mediante una amplia variedad de problemas crónicos: emocionales, motivacionales, sexuales, sociales y de adaptación familiar (Htinger, 1980). En general, los estudios sugieren que la gravedad de los problemas conductuales aumenta en función de la severidad y duración del suceso tensionante (Auerbach, 1986; Eitinger, 1963; Wortman Y Silver, 1987).

Para esclarecer el significado del periodo de seis semanas, es importante hacer un distingo entre el restablecimiento del equilibrio y la resolución de la crisis. Es de mayor utilidad pensar en el periodo de seis semanas como el tiempo durante el cual el equilibrio se restaura, esto es, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas se reducen desde el estado de tensión característica de la parte inicial de la crisis. El supuesto es que los seres humanos no tolerarán niveles altos de desorganización por periodos largos. La mayoría de

los teóricos consideran al estado de crisis como un periodo transitorio de inestabilidad enmarcado por periodos de una mayor estabilidad. Es la inestabilidad o desorganización la que está limitada en tiempo (Caplan, 1964; Danish y D'Augelli, 1980).

No obstante, esto no quiere decir que tras la estabilización, la crisis ha sido resuelta constructivamente. Mientras el equilibrio puede haber sido restaurado, estopodría ocurrir en lo que resultará más adelante una dirección disfuncional para íf. persona o su familia. El marido que se derrumba al oír que su esposa lo abandonó puede ya no sentir el dolor inmenso 7 u 8 semanas después, pero la reducción del dolor puede suceder a partir de la convicción de "nunca creer en una mujer otra vez" y del aislamiento social. El límite de tiempo en el estado de crisis, con el potencial para la reorganización en una dirección positiva o negativa (se analiza en el próximo capítulo), es el punto central de la teoría de la crisis. El límite de tiempo se planea que no sólo el potencial para ganar o perder es muy alto, sino que también las primeras semanas y meses ofrecen oportunidades únicas para influir en la eventual resolución (o la falla de la misma) de la crisis. Como analizamos en los capítulos siguientes, este hecho por sí mismo tiene implicaciones poderosas para establecer los servicios de intervención en crisis.

Fases y estados: del Impacto a la resolución

El estado de crisis ha sido considerado como progresar a través de una serie de etapas relativamente bien definidas. Caplan (1964) describe el inicio de la crisis como sigue:

1. Hay una elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez las habituales "respuestas para solucionar problemas".
2. La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia
3. En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cualesquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renuncia a propósitos fijos que resultan inasequibles.
4. Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave.

Horowitz (1976) describe las reacciones a una tensión grave (muerte inesperada de un ser querido) para detallar más ampliamente las etapas de la crisis. (Figura 2-1.) En este modelo, la primera reacción ante un hecho amenazante es el desorden, casi una reacción emocional reflexiva como llanto, angustia, grito, desmayo o lamentos. La reacción puede ser del todo obvia para otros (una mujer sollozando con angustia al saber que su esposo acababa de morir en un accidente de trabajo), o no tan obvia (una persona que, al oír lo mismo, siente un nudo en la garganta y la lágrimas manan de sus ojos). El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso.

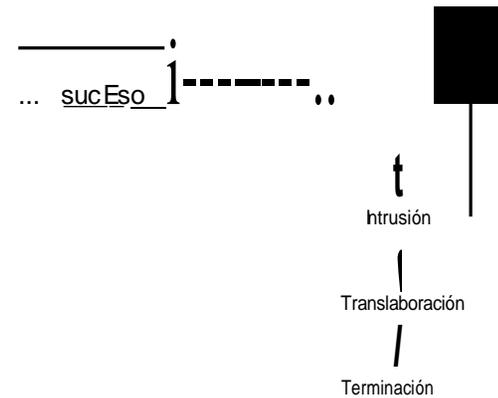


figura 2-1. Etapas de las crisis.

Fuente: "Diagnosis and Treatment of stress response syndromes: General principles" por M.J. Horowitz, en H.J. Parod, H.L.P. Resniky L.G. Parod (Editores), *Emergency and Disaster Management* (Bowie, Maryland: The Charles Press Publishers, Incorporated 1976). Reproducido con autorización.

Las flechas en la figura 2-1 indican que el desorden conduce lo mismo a la negación que a la intrusión. La negación conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en el que se pasa, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado. Horowitz señala que una viuda puede entrar en esta etapa en el momento del funeral, al ocuparse en actividades que coinciden con las necesidades de sus parientes, llevándolos a la conclusión de que es muy fuerte o que se encuentra muy bien.

La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor y los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa. La viuda puede experimentar esto después de que los parientes se hayan ido, cuando se relaja y siente el impacto de la pérdida. La abundancia de pensamientos que acompañan la evasión puede incluir afirmaciones, expresadas o no, sobre la pérdida y su impacto (no puedo seguir adelante"). Como se muestra en la figura 2-1, algunos individuos omiten la fase de negación y se desplazan directamente a la de intrusión. Otros oscilan de un lado a otro entre estas dos etapas.

Translaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en el momento en que lo hacen únicamente con ayuda externa.

La terminación es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a la integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada. En tanto el recuerdo de la pérdida, por ejemplo, puede iracundarse o el pensamiento "eso pudo no haber pasado", la característica principal de la desorganización del estado de crisis cesó.

Esto es similar a la descripción de Levine (1976b) del proceso de adaptación de los expatriados estadounidenses (jóvenes evasores del servicio militar y desertores castrenses) al enfrentar su propio exilio en Canadá. Un periodo de desorganización (confusión, ambivalencia, soledad y angustia general) al principio fue seguido por un estado de "acting out" caracterizado por la no participación, las relaciones superficiales y algunas veces por una enérgica conducta antisocial. Una tercera etapa de investigación, valoración, desarrollo de vínculos interpersonales estrechos y maduración fue seguida por una fase final de adaptación e integración, en la que el individuo se encontró completamente involucrado en un modo de vida nuevo y se vio a sí mismo más como un canadiense que como un "estadounidense en el exilio".

La estructura presentada por Horowitz es congruente con las descritas en la bibliografía sobre la crisis (Baldwin, 1979; Caplan, 1964; Aguilera y otros, 1974). Por ejemplo, Fink y otros (1971) describieron un modelo de cuatro etapas para la resolución de la crisis: choque, retraimiento defensivo, reconocimiento y, finalmente, adaptación y cambio, cada una caracterizada por diferentes experiencias, percepciones de la realidad, emociones y pensamientos. ••

Las revisiones llevadas a cabo (Auerbach, 1986 y Wortman y Silver 1987) hicieron ver la falta de sustento de investigación para varias etapas de las "teorías" de la crisis. Sin embargo, la estructura descrita por Horowitz es lo suficientemente amplia como para recabar datos sobre el cambio en el estado de crisis al paso del tiempo. Como se mostrará en análisis subsecuentes acerca de la resolución de la crisis (un poco más adelante y en los capítulos de intervención en la parte II), las fases descritas por Horowitz ofrecen una estructura para saber cómo tratar con los pensamientos, sentimientos y cambios conductuales en las semanas, meses y años siguientes a un suceso de crisis.

Efecto de la crisis: para mejorar o empeorar

Teóricamente, podemos hablar de tres posibles efectos de la crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento (Sugarman y Masheter, 1985). No obstante, puesto que las crisis son tan desconcertantes, la tercera categoría tiene poco significado. Las crisis se consideran puntos decisivos de cambio, donde el peligro y la oportunidad coexisten, y donde los riesgos son altos. En sentido muy concreto, los efectos peligrosos pueden ser físicos o psicológicos. Suicidio, homicidio y otros menos mortales (aunque alarmantes), formas de violencia física (maltrato a la esposa y a los niños), son ejemplos unívocos del peligro continuo. Como se analizó en el capítulo 1, en EUA el movimiento de prevención del suicidio ha teóricamente se ha apoyado en el de intervención en crisis, con la consideración del suicidio como un posible efecto fatal de la crisis. En el seno de una desorganización grave e incapacidad para enfrentar, algunos individuos deciden que simplemente no hay esperanza, o que el dolor es muy grande y toman la decisión de arriesgar sus propias vidas (Lester y Brockopp, 1973; Farberow y Shneidman, 1961). Hay también individuos que atacan a otros, lo que da lugar a violencia física hacia sus familiares y vecinos. En el análisis del proceso de intervención, un aspecto central de éste es la evaluación de la mortalidad seguida de sistemas de protección apropiados (capítulos 6 y 7).

Además de la amenaza a la vida, la amenaza a la salud psicológica está implícita en el concepto de crisis. Miller e Iscoe (1963), apoyados en la obra temprana de Caplan (1964), lo analizan de esta manera:

Después de un periodo la crisis pasará o se resolverá de alguna manera. La solución puede ser saludable o dañina, y se supone que el tipo de solución alcanzada tendrá implicaciones en el funcionamiento futuro del individuo. Una solución satisfactoria de las crisis vitales se observa como proveedora de una personalidad más segura y altamente integrada, con un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras. De hecho, el estado actual de la salud mental de una persona puede considerarse un producto de la forma en que ha resuelto una serie de crisis en el pasado (páginas 196-197).

Esto hace surgir la pregunta de cómo definir la resolución de la crisis. Levinson (1976) sugiere que el concepto incluye, además de la restauración del equilibrio, dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, que incluyen cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos externos. Apoyarse en la idea de que la resolución de la crisis de un modo u otro comprende reorganización y reintegración del funcionamiento, implica que la resolución positiva de la crisis puede definirse como: "Traslaborar el suceso de crisis, de manera que quede integrado dentro de la trama de la vida, al dejar que la persona esté abierta en lugar de cerrada al futuro".

Cada una de las palabras en negritas representa una estructura del proceso y el resultado deseado para la terapia en crisis. **Traslaborar** comprende el ayudar a la persona en la exploración del suceso de crisis y su reacción ante el mismo. Esto supone que una reacción individual al suceso de crisis debe considerarse un proceso complejo, como R. Lazarus (1980) lo dice:

En transacciones tensionantes los sucesos psicológicos están constantemente en movimiento y cambio. Según lo que pase en el ambiente y dentro de la persona, la cólera da paso a la ansiedad o culpa, o se calma o se fortalece con cada movimiento sucesivo. Un episodio tensionante no es sólo un momentáneo, estático estímulo del ambiente al que la persona da una sola respuesta, es decir, un pensamiento, actuación o reacción somática, como en la analogía de una foto única y permanente; por el contrario, es un constante flujo de sucesos en el tiempo, algunas veces en un tiempo corto como en el aumento que termina rápidamente cuando un participante abandona la habitación, otras veces un largo, tortuoso, complejo y repetitivo proceso de obtención de un nuevo equilibrio en una relación (página 39).

Como proceso, la terapia en crisis comprende experiencias facilitadas que incluyen: reflexión sobre el suceso y su significado por la persona en la expresión de sentimientos, el mantener un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiadas a la situación. Podemos referirnos a todo esto como traslaborar la crisis. Baldwin (1979) lo resume de esta manera:

1. Definir problemas, tratarlos con los sentimientos, tomar decisiones y aprender nuevas formas de solucionar los problemas o nuevas conductas de enfrentamiento;
2. Identificar y resolver lo menos parcialmente conflictos subyacentes representados o reactivados por la crisis;

3. definir y movilizar recursos individuales externo e internos, hacia la solución de la crisis; y

4. reducir afecciones desagradables o incómodas relacionadas con la crisis.

Para indicar que el propósito de la terapia en crisis incluye la integración del suceso dentro de la trama de la vida simplemente significa que la crisis se resuelva, 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. Lo contrario de esta integración es fragmentarla artificialmente, obstruirla fuera de la conciencia haciéndole como si nada hubiera pasado o de algún modo negar su existencia. Mientras que la negación o el bloqueo son con frecuencia parte de reacciones tempranas a un suceso de crisis (Horowitz, 1976), la resolución última de la experiencia de crisis debe trasladar esta reacción hacia la integración de la experiencia con otras de la vida. Incluso en experiencias traumáticas como violación, pérdida de un miembro del cuerpo, o de un ser querido, la resolución final esperanzadoramente encontrará a la víctima con la capacidad para decir o pensar algo similar a lo siguiente:

Sí... eso me pasó. Sufrí mucho. Pasé por un gran dolor emocional, sentí trastornos e incluso a veces pensaba que no podría continuar. Hablé acerca del problema, expresé mis sentimientos, usé a mis amigos, y encontré que con esto, y pasado el tiempo, el suceso ya no tiene el mismo poder sobre mí que tuvo en el principio. Encuentro inclusive que algunas partes de mi vida que estuvieron latentes (amistades especiales) han sido consolidadas en caminos positivos. Mi perspectiva sobre la vida ha cambiado de ser deprimente hacia la estimación que todavía poseo y las nuevas fuerzas que he encontrado: ¿Y cómo? Las cicatrices emocionales se están cerrando aunque están todavía ahí. Sí, puedo recordar, sé por lo que pasé. Pero el asunto completo es pasando a ser sólo una de las muchas experiencias que componen mi vida. Ahora estoy listo para seguir. Puedo pensar, claro, en una regresión y sentir aún que aquello fue exactamente como ocurrió. A veces puedo revivir algunas de las experiencias y sentimientos nocivos. Sin embargo, el gran peso de la translaboración se terminó. Estoy listo para enfrentar el futuro.

Estar abierto para encarar el futuro y estar preparado para la tarea de vivir puede ser también concebido como estar provisto para enfrentarlos. Algunas víctimas de las crisis psicológicas parecen literalmente concluir muchas áreas de sus vidas después de una crisis —se apartan de sus relaciones, son incapaces de trabajar, tienen dificultades para encontrarle gusto a la vida o experimentan concretos síntomas de conducta como no salir de casa (agorafobia) o tener continuos malestares somáticos. La apertura al futuro, por otro lado, se refiere a la buena voluntad y disposición para continuar en el proceso de vivir.

Bin (1979) denomina a esto una relación adaptativa, caracterizada por la adquisición de nuevas conductas de enfrentamiento, reducida vulnerabilidad (puesto que los conflictos subyacentes han sido resueltos y no serán reactivados) y una madurez mayor. En el presente volumen esta disposición para encarar el futuro es hecha operativa en términos de cambios específicos en el funcionamiento del compartimiento afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. (Véase la próxima sección y el capítulo 8 relativos a la estructura de la

personalidad CASIC). Esto nos permite pensar en el crecimiento subsecuente a una crisis como mejoramiento en una o más de estas áreas.

Como responda un individuo a un suceso precipitante y posteriormente translabore la experiencia de crisis, depende de los recursos materiales, personales y sociales del mismo.

Los recursos materiales significativos durante una crisis incluyen el dinero (disponibilidad lo mismo que cantidad), comida, vivienda y transporte. Un déficit en cualesquiera de estas áreas tiene el potencial para cambiar moderadamente un suceso tensionante en una crisis (disponibilidad de cupones para comida durante un periodo temporal de desempleo; incapacidad pagar los servicios médicos.) Los procedimientos de intervención en sí mismos deben contribuir por consiguiente a valorar el alcance que la carencia de recursos puede tener para agudizar la situación y el punto hacia el cual los esfuerzos deben ser dirigidos para recibir ayuda de urgencia (monetaria o de otra), que puede facilitar otros esfuerzos positivos (psicológicos) para el enfrentamiento.

Los recursos personales del individuo componen el segundo factor principal para determinar la intensidad y el curso último de cualquier crisis. La fuerza del yo, la historia previa de enfrentamiento a situaciones tensionantes, la existencia de cualquier problema de la personalidad no resuelto y el bienestar físico, toman todos parte al determinar si un suceso particular conducirá a una crisis. Miller e Iscoe (1963) describen la crisis como el momento en que un suceso remueve "problemas del pasado" o conflictos de la personalidad no resueltos, de tal manera que sobrevienen la desorganización y el trastorno emocional. Un ejemplo es el de un estudiante graduado cuya vida de adulto joven se ha caracterizado por preocupaciones no realistas por complacer a sus padres, tanto en su vida personal (las personas con quienes sale) como en la elección de carrera. La amenaza de la tennacit5n de sus estudios puede conducir a la angustia fundada en el miedo a no vivir a la altura de las expectativas paternas. La intensidad de la crisis puede comprenderse no sólo en términos de un suceso externo, sino a la luz del hecho de que este joven adulto está aún tratando de satisfacer las expectativas paternas, en vez de realizar sus propios propósitos y objetivos. Como se muestra en los siguientes capítulos, el concepto de que los sucesos de crisis desencadenan problemas de la personalidad no resueltos, es uno de los aspectos alentadores y esperanzadores de la teoría. Esto proporciona la oportunidad para los individuos de completar asuntos inconclusos y reelaborar creencias y patrones de vida disfuncionales.

Los recursos sociales se refieren en principio a la gente en su ambiente individual inmediato en el momento de la crisis, como la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. R. Lazarus (1980), analiza los papeles de estos recursos en el duelo.

Lo que pasa al principio cuando el descubrimiento de la pérdida sucede —el choque, estado de ofuscación, confusión, el bullicio de la familia y amigos al hacerse cargo de tareas nuevas como las del funeral y brindar apoyo moral— cambia profundamente conforme pasa el tiempo. Finalmente, debe ocurrir la total comprobación de la pérdida, su aceptación, y finalmente después, quizá de un periodo de depresión y aislamiento, una renovación en la vida y la búsqueda de nuevos compromisos. Estas tareas de enfrentamiento se acompañan de múltiples encuentros con los niños, las cuentas financieras, el auto,

los abogados, amigos, familiares, la gente que trabaja, nuevos contactos sociales, muchos de los cuales generan diversas formas de estrés y requieren de ciertos procesos de enfrentamiento (página 39).

Unger y Powell (1980) describen tres tipos de ayuda que los contactos sociales pueden proveer durante el momento de crisis. La primera es el apoyo utilitario, que consiste en dar ayuda material como comida, ropa, albergue o dinero para aliviar las cargas financieras. La segunda es el apoyo emocional, específicamente al comunicar a una persona que sufre crisis que es amada, protegida y valorada por su familia y amigos. Por último, los contactos sociales pueden proporcionar información y acercamiento a otros recursos de ayuda. Por sus palabras y acciones, los miembros de la familia y amigos pueden afectar el modo en que una persona en crisis interpretará los sucesos y qué estrategia de enfrentamiento intentará. Asimismo, la red social de un individuo es comúnmente la primera (y la de mayor confianza) fuente de información sobre dónde ir para una ayuda mayor, ya sea por consejeros, enfermeros, asistencia médica o algún otro.

Para tener ventaja en la intervención es importante saber quién puede ayudar y qué clase de ayuda proporcionaría. ¿La familia y amigos proporcionan comentarios que conducen a una mayor comprensión de la crisis, dominio de la situación e incremento de la confianza? O, ¿sus palabras y acciones hacen que el individuo se sienta menos digno, menos capaz, más dependiente y falto de solvencia para los meses y años posteriores? La intervención eficaz pretende valorar la naturaleza de los apoyos sociales y conducir su influencia hacia una dirección positiva.

Más que estrés

Tanto el estrés como la crisis conllevan incomodidad, y por ello estos conceptos se confunden con frecuencia. Viney (1976) ofrece las siguientes distinciones entre ambos:

1. Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés. En un estudio empírico de patrones de enfrentamiento en mujeres durante la crisis, Bazeley y Viney (1974), se concluyó que esas crisis específicas eran manejadas de manera diferente que las preocupaciones y los periodos de infelicidad. El enfrentamiento durante las crisis parecía ser más "personal", al utilizar menos el núcleo familiar y los apoyos informales.
2. Durante el estado de crisis, el individuo tiende a ser menos defensivo y más abierto a las sugerencias, influencias externas y apoyos (Halpern, 1973), aunque esto no es característicamente cierto en el estrés.
3. El efecto de la crisis puede ser debilitante o de crecimiento. El estrés, por otro lado, está comúnmente relacionado con la patología y tiende como resultado más optimista a la adaptación al deterioro y aflicción causados por circunstancias de la vida o un regreso al estado de cosas original (Selye, 1976).
4. La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el estrés es un estado constante.

elaborado para tener esta cualidad autolimitante en tiempo. Este último se considera con frecuencia, como un trastorno crónico que provoca breves episodios de crisis, en tanto que una crisis se relaciona con un trastorno repentino.

No necesariamente enfermedad mental

No es poco común para un individuo en crisis estar muy afectado por el trastorno emocional y la desorganización que surge en él con la idea de "me debo estar volviendo loco!" Igualmente, algunos de los "síntomas" de la crisis (ansiedad, insomnio y dificultades interpersonales), son también características de ciertas formas de psicopatología. Ha habido algunas confusiones entre lo clínico y lo cotidiano cuando ciertos síntomas se interpretan como un signo de crisis vital y cuándo como uno de psicopatología.

Una consecuencia de la teoría de la crisis es que cualquiera puede tener una crisis. De hecho, la teoría propone que la crisis les sucede a todos en algún momento, aunque la frecuencia e intensidad de la crisis son totalmente abismales. Un individuo puede ser del todo "normal" durante 35 años y de modo súbito estar completamente desorganizado como resultado de un suceso traumático. Esta desorganización puede considerarse como una "respuesta normal ante una circunstancia anormal". La desorganización grave (enfermedades somáticas, insomnio, trastornos emocionales y similares) es, en el contexto de la teoría, necesariamente interpretada como un signo de psicopatología. En vez de eso, se interpreta como una reacción individual al encuentro de un obstáculo insuperable que obstruye un propósito en la vida.

Esto no quiere decir que los individuos diagnosticados como neuróticos o psicóticos no tendrán además crisis en la vida.

(Véase en el capítulo 15 "Intervención en Crisis: Estrategias para manejar crisis de emergencia y persistentes"). La definición de crisis se resenta en este capítulo, se aplica también a estas categorías de diagnóstico. La clave en la comprensión de la crisis, está en observarla como desorganización o inestabilidad circunscrita en uno y otros lados (antes y después) por periodos de gran estabilidad. La estabilidad precedente pudo ser "neurótica" o "normal". La crisis, entonces, no necesariamente indica psicopatología o enfermedad. Sin embargo característicamente se considera como positivo, un concepto orientado hacia el crecimiento y la salud, en lugar de uno relacionado con la enfermedad o la dolencia.

ESTRUCTURA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Puede ser ya manifiesto para el lector que la fundamentación de la teoría de la crisis utilizada aquí se basa demasiado en variables intrapsíquicas, con menor

*Este análisis es congruente con el modelo de la vulnerabilidad de la hipótesis de la vulnerabilidad, en la comprensión, por ejemplo, de la esquizofrenia (Zubm Y (1971) analizan la esquizofrenia de esta manera: "Se supone que los desafíos exigentes despiertan una crisis en todos los seres humanos, pero dependiendo de la intensidad de la condición inicial y de la vulnerabilidad de uno mismo, la crisis será homeostática o conducirá hacia una etapa de trastorno".

atención ³ entorno social dentro del que suceden las crisis. Los expertos han comprendido durante mucho tiempo, sin embargo, que las crisis no tienen lugar en el vacío, sino que están inmersas en la trama de la vida social (Hill, 1958). Por ejemplo, la crisis de un padre puede tener repercusiones profundas en sus hijos. El rol de un adulto que es jefe de familia, enfrentado con una crisis precipitada por el desempleo, tiene un gran impacto sobre el resto de la familia. Un miembro puede aun experimentar una crisis por la familia completa. Continuamente, esta persona, denominada el paciente identificado, es la que se remite a los terapeutas para su asistencia.

Mei; tras que el nfasis sobre los efectos sociales y apoyos en la resolución de la crisis es vital como la teoría en sí misma (Caplan, 1964), los modelos teóricos que influyen a persona y el entorno social surgieron después. Moo (1976) estudió crisis vitales en una estructura de ecología social, con énfasis en las transacciones entre la persona y el medio. Stevenson (1977) sugirió una estructura de la Teoría General de los Sistemas para comprender las crisis en la vida del adulto desde la juventud hasta la edad madura. Sin embargo, notablemente ausente en los informes clínicos y en la bibliografía de investigación, está la aplicación de estos modelos a una teoría de cómo la crisis se desarrolla, o a un formato para la intervención que propicie una resolución productiva de la misma. Puesto que el enfoque principal de este libro es acerca de la intervención, es importante insertar los principios teóricos recién mencionados dentro de una estructura que permita su aplicación en el proceso de ayuda. La teoría General de los Sistemas (TGS) desarrollada por Ludwig von Bertalanffy, tiene el potencial para integrar estos principios teóricos de manera que proporcione un trasfondo para pensar sobre el proceso de intervención.

La Teoría General de los Sistemas propone que observemos el contexto en el que vive la persona y, en particular, en las interacciones entre la persona, subsistemas diversos y el medio (familia y comunidad). Es dinámica entre la persona y su medio inmediato lo que puede dar las pistas del inicio de la crisis, lo mismo que de duración y efecto último. En consecuencia, esto puede ser de utilidad para los investigadores que tratan de comprender el proceso de crisis. Y para los médicos clínicos que tratan de participar con sus pacientes que atraviesan por este proceso.

Una descripción completa de la Teoría General de los Sistemas está más allá del ámbito de este libro. Existen reseñas excelentes (Berrien, 1968; Seiler, 1967; von Bertalanffy, 1968; Buckley, 1968), e incluyen que aplica la Teoría General de los Sistemas a adultos en crisis (Stevenson, 1977). Nuestro objetivo se apoyará en una breve enumeración de conceptos clave provenientes de la Teoría General de los Sistemas, y en su relación con los principios originales de la teoría de la crisis. Los principios enumerados a continuación proporcionan la estructura dentro de la que cada uno de los precedentes supuestos de la teoría de la crisis puede ser organizado, proporcionando una base para el análisis del proceso de intervención en lo que resta de este libro.

Personas como sistemas

Es útil considerar que la persona es como un sistema conformado de varios subsistemas. La historia de la psicología revela numerosas maneras para describir la personalidad humana de un modo amplio y sistemático. Las

tendencias recientes de la psicología clínica han deslucado los planteamientos holísticos o integrales de la personalidad, que incluyen valoraciones en muchas diversas dimensiones. Lazarus (1976, 1981), por ejemplo, considera siete modalidades --conlucia, afecto, sensación, fantasía, cognición, conducta interpersonal y el uso de fármacos para la comprensión de los problemas clínicos. Hemos encontrado útil adoptar el planteamiento de Lazarus, en tanto que desechamos ciertas categorías del mismo para conformar un planteamiento de sistemas más consolidado.* Podemos entonces considerar a una persona como un sistema, cuyo funcionamiento CASIC incluye cinco subsistemas: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo. (Éste cuadro 2-2 de variables incluidas dentro de cada uno de los cinco subsistemas). La evaluación debe hacerse en cada área para determinar la respuesta única de una persona al suceso de crisis, sea la pérdida de un ser querido, lesión física, la pérdida del trabajo o algún otro acontecimiento. El estudio de crisis se caracterizará por la desorganización en uno o más de estos cinco subsistemas.

FAMILIAS COMO SISTEMAS

El percibir a las familias como sistemas ha sido referido como un cambio total en el modelo del campo de la terapia matrimonial y familiar (Haley, 1971b; Goldenberg y Goldenberg, 1985; Sluzki, 1978). Problemas como el abuso en el consumo del alcohol o la disfunción sexual no son vistos como problemas individuales, sino más bien como representaciones de un sistema (la pareja o la familia) que falla. Los terapeutas familiares que siguen el enfoque de sistemas buscarán patrones repetitivos en la vida de las familias cuya definición o carácter destructivo es frecuentemente expuesto durante una crisis familiar. Por ejemplo, el comportamiento de un adolescente puede ser el reflejo de un sistema que está "encantada" en una red de reglas y expectativas poco realistas que gobiernan sus relaciones interpersonales (Goldenberg y Goldenberg, 1985).

Desplazándonos a un nivel superior dentro de nuestros cinco subsistemas CASIC para los individuos, los estudiosos de la familia identifican dimensiones o subsistemas de la vida familiar. Por ejemplo, Lewin y colaboradores (1976) han usado dimensiones como las siguientes en el estudio del funcionamiento de la familia:

* Hemos incluido las conductas de alcohólicos, fumadores de tabaco y adictos a otras drogas bajo la modalidad conductual, de tal modo que eliminamos la categoría de las drogas de Lazarus (1976). Todos los aspectos del funcionamiento físico de un individuo --algo-- los que Lazarus había llamado las drogas y otros dentro de la sensación-- nosotros los hemos incluido en el nivel somático. Nuestra modalidad somática en consecuencia, reemplaza la categoría de sensación e incluye todos los aspectos de salud mental, incluyendo sensibilidad del tacto, gusto, visión, oído y movimiento. Por tanto la función y la cognición son dos aspectos del funcionamiento mental, los hemos incluido en un solo título: el del funcionamiento cognoscitivo. El unir las dos modalidades mentales bajo la totalidad cognoscitiva, no pretende entorpecer la distinción en los hemisferios "derecho e izquierdo del cerebro, la corteza verbal media anterior, ni el proceso visoespacial mediato anterior. (Hammond y Stanfield, 1977, Woolfolk, 1976). Nuestro sistema consolidado brinda una atención considerable a las imágenes, devoluciones mentales y a los pensamientos/imágenes mentales así como las asociaciones mentales; pensamientos como los principales subtítulos bajo la modalidad cognoscitiva (ver capítulo 8)

1. Estructura familiar (incluyendo el poder manifiesto alianzas tr paes, rcanía Y "la ley del más fueene"). en e
2. Mitología (creencias familiares Y autocon...ntos que cuando im l... d... persIS en aun ... P lquen l'stors lones de la realidad).
3. Hábitudes para la neociación (efectividad en la solución de problemas Y m todos de resolución de conflictos).
4. Autonomía (incluyendo eslos de comunicación y si la familia incita o no a sus mlbros cumphr con sus responsabilidades personales)
5. Ectos famlhes (l?luyendo expresión de sentimientos, estados de m Y armoma familiar, el grado de conflicto Y la empatía presentes en los miembros de la familia).

Otros estudiosos de la familia se centran en d"das e . te m b... di... m rrac lones entre Jos miembros m l... d... de una familia (Satir 1964, 1967, 1972). l... are ac l6 entre las umdades faml... iares y generacimnes múltiples (Bowen, 1975, 1976, 1977);

Cuadro 2-2. Perfil de la personalidad CASIC*

Modalidad/ sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones para el trabajo jugo behid } d... ocm, elerClc10, dieta (hábitos en la alimentación y la a... con icta sexual, hábitos de sueño uso d d... cualesquiera de los siguientes: suicidio homi. "d" e rogas y baco; presencia de lcl io o actos agresivos Métodos habituales para enfrentar el estrés
Afectivo	Sentimientos sobre cuales .• de i... quiera las conductas expresadas arriba; presencia de se u... to... como ansiedad, cólera, f f "d d... mciyd... en las cucunstancas de la vida... sen nientos son manifiestos o encu- biertos?
Somático	Funcionamiento físico general alud Pre... de be... s... senc la o ausencia de tics nerviosos dolores ca . Za, trastornos estomacales, y cualesquier otros malestares somáti... general de relajamiento/tensión: sensibilidad del tacto, visión, gusto, olf: e :: o
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con f: ji... a mru... a, amigos, veñnos y compañeros de trabajo- potenciales y... m... m... d... con amigos y conocido... ero earrugós, frecuencia de contacto... s... e papel asumido con varios amigos íntimo (.• mdei::endente, lrd r, al mismo nivel); modo en la resolución del co tret s' pas vo, agresivo, mtrovert ldo)-estilo inte lb... n l o asertivo, explosivo, sumi:ro, ndiente) rpersona asico(sirnpáttco, receloso, manipulador,
Cognoscitivo	Día nonnal y sueño de uoch . . aut... b'... e, unagenes mentales sobre el pasado o el futuro oung, o etivos en la vida y razones... al d... filosofía de i... d... para su v l ez, creencias religiosas; .• a l a, pree lcl a de cualesquiera de las siguientes: catástrofes soregerac lces, delinos, alucinaciones, diálogo irracional con . . racionales, ideac ión pa de... uno mismo, cía la vida rano l , actitudes generales (positivas/negativas) ha-

*La fuente de datos de este cuadro incluye la entrev'st l f . . amigos, fuentes de consulta y cuestiona- (V, l a cron ka, mfonues de los miembros de la familia, ease cmm< -2y Apéndice B.)

triadas, límites de alianzas, y luchas por el poder (Minuchin, 1972, 1974a y b, 1981); sistemas de comunicación las familias (Haley, 1972ayb, 1973, 1976); e impacto de miembros individuales de la familia sobre otros, particulannente en un entorno de aprendizaje social (Lieberman, 1976, 1980).

Entorno de la crisis

Puesto que nada tiene lugar en el vacío, todos los aspectos de una crisis deben examinarse a la luz de diversos ámbitos. En el lenguaje general de los sistemas, estos contextos son "suprasistemas". Bronfenbrenner (1979) describe tres suprasistemas cada uno ascendente respecto del anterior en su medida y complejidad, que son relevantes para la conducta de enfrentamiento de un individuo. El microsistema representa a la familia y al grupo social inmediato. El exosistema representa la estructura social de la comunidad, por ejemplo, el mundo laboral, los sistemas sociales de la vecindad y las estructuras gubernamentales comunitarias (que incluyen servicios sociales). Por último, el macrosistema es la más grande de las estructuras contextuales e incluye los valores culturales y sistemas de creencias que interfieren entre comunidades, familias y, finalmente, entre los imlivi-cluos.

Como indica el cuadro 2-3, cada uno de los cuatro sistemas, en niveles crecientes de complejidad, está compuesto por sistemas. El sistema de la persona se comprende en términos de las cinco modalidades que forman la personalidad CASIC.

El grupo familia/sociedad (miasistema) describe el ambiente social inmediato dentro del que vive la persona. En esencia esto nos remite a los "efectos sociales" de Caplan y es fundamental para comprender la crisis vital en cualquier individuo. El grupo social inmediato puede ser una fuente de apoyo o <le cslrés. En algunas crisis, el asunto precipitante proviene de la familia/entorno social (una rifa matrimonial). También la frunilia y los grupos sociales son capaces de ofrecer la primero ayuda psicológica e intervención en crisis de primera instancia. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la familia/grupo social es el principal proveedor de apoyo. Caplan (1976) sintetiza la función de los sistemas de apoyo de este modo: "Le dicen (al individuo) qué es

lo que se espera de él y lo guían a lo que hay que hacer. Observan lo que hace y juzgan su desempeño". Este autor resalla que los apoyos interpersonales proporcionan ayuda para manejar emociones y controlar impulsos, en paralelo a la descripción de Larús (1980) del proceso de enfrentamiento.

Rueveni (1979) fundamenta finnemente, la últervención en crisis en intervenciones sobre las redes familiares y vecinales. En un planteamiento de red familiar para la intervención en crisis, 40 o 50 personas poddan congregarse para ayudar a la persona y su frunilia a afrontar la situación. El objetivo en este tipo de concurrencias es trnnslaf>oror la cri is actual y moviliz l el apoyo para continuar el proceso en los prdximos meses.

Como indica el cuadro 2-3, al identificar el papel de los sistemas comunitarios, se propon:iona una atención particular a las estructuras de servicio gubernamental, político y social, las que pueden agravar las crisis tanto como ayudar en su resolución. ¿Qué servicios de apoyo están disponibles, tales como líneas telefónicas de urgencia, hospitales, clínicas de consulta externa,

Cuadro Z-3. Crisis en el entorno: variables de los sistemas

Sistema	VARIABLES
Persona	Aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos (CASIC) del funcionamiento de un individuo
Familia/grupo social	Familia, amigos, vecinos y naturaleza de sus relaciones con la persona en sí (cohesión, patrones de comunicación, papeles y responsabilidades, flexibilidad y franqueza, valores)
Comunidad	Las características de la comunidad de un individuo incluyen: geografía; recursos económicos y materiales; estructuras políticas y gubernamentales (ejecutiva, judicial y legislativa); el lugar de empleo del individuo más otros negocios e industrias; escuelas; iglesias y organizaciones vecinales
Cultura	Valores predominantes, tradiciones, normas, costumbres

iglesia? También, ¿qué condiciones geográficas (entierro de desechos químicos), y económicas (huelga en una fábrica) podrían contribuir a la crisis en una comunidad?

Las variables culturales incluyen asuntos políticos nacionales (fondos para los programas comunitarios de salud mental, planes de prevención en desastres y otros semejantes) y tradiciones, costumbres y valores que determinan cómo los individuos en particular afrontan las crisis.

El todo es más grande...

que la suma de sus partes. Un individuo es mucho más que la suma de su conducta, sentimientos, atributos físicos, relaciones interpersonales y pensamientos. Cuando estos aspectos del funcionamiento individual se analizan en su totalidad, integran una estructura de vida que es una función del estado de estos subsistemas, como de las interacciones entre ellos. Lo mismo es válido para un familia. Para entender su carácter único, uno debe observar las personalidades de los miembros individuales tanto como sus interacciones con cada uno de los otros, y la *gestalt* que surge cuando ellos son vistos reunidos como una unidad.

TRANSACCIONES DE SISTEMAS

Los sistemas están continuamente relacionados en transacciones de uno con otro. La conducta de un individuo afecta a su familia y amigos, y viceversa. Del mismo modo, las familias afectan a las comunidades y éstas a las familias, y así sucesivamente. En el lenguaje de sistemas, estas transacciones se contemplan como entrada, consumo y salida. Una madre, por ejemplo, experimenta ciertas

presiones familiares (entrada), tiene pensamientos y sentimientos sobre estas presiones (consumo), y responde a la fuente original de estrés en lo que dice y hace a sus familiares y amigos (salida). Un chico de 16 años que vive en casa de sus padres recibe de su familia ideas y valores acerca de la vida y se le proporcionan ciertos recursos materiales para vivir; (dinero, el uso del auto familiar), y también cierto grado de apoyo social. Él, a su vez, devuelve a la familia sus propias ideas sobre la vida (con frecuencia con disenso de los padres), contribuye a la vida familiar con tareas domésticas por medio de su relativa ausencia/presencia en comidas y otras reuniones familiares/sociales y situaciones similares. Estas "transacciones" cotidianas proporcionan el telón de fondo para nuestras consideraciones del curso final de la crisis de un individuo. Durante la misma, los análisis de las transacciones entre la persona y el medio social inmediato se enfocan hacia el proceso de enfrentamiento -solución de problemas, y manejo de sentimientos/emociones en el ámbito de la vida familiar. (Véase también Holahan y Spearly, 1980.)

Interdependencia de sistemas

En virtud de estas transacciones, los subsistemas son interdependientes unos de otros. Puesto que todo está en contacto con todo lo demás, es imposible que un cambio importante suceda en un área sin tener algún impacto notable en otros sistemas con los que interfiere. Pensemos en una familia donde los padres se han separado recientemente y van a divorciarse. Se puede esperar que esta separación tenga un impacto sobre los hijos. El impacto particular sobre cada hijo puede medirse en términos de las variables persona-sistema analizadas antes (funcionamiento de la personalidad CASIQ). Puede haber cambios regresivos de conducta como chuparse el dedo. El impacto afectivo puede percibirse en estados de ánimo depresivo o llantos. Son posibles dolores estomacales, espasmos y otras afecciones somáticas. Pueden observarse cambios interpersonales como una creciente agresividad en la escuela. La dimensión cognoscitiva abarca los intentos de los hijos por explicarse el divorcio ("es mi culpa que mamá y papá se hayan separado"), y tendrá un poderoso impacto en todas las otras modalidades.

Bajo determinadas circunstancias, una familia completa experimentará presión (estrés por emigración de una ciudad a otra), pero la "crisis" la sufrirá sólo una persona. En algunos casos, el enfrentamiento de otros miembros de la familia (el padre que se enfrenta con el trabajo) incidirá sobre el ánimo del resto de la familia (la madre que sobrelleva una gran carga en casa conduce a un incremento del estrés para ella misma y sus hijos).

La analogía de la familia tiene también una contra parte en las teorías sobre aspectos psicológicos de enfermedades físicas, que incluyen al físico (Sillnonton y otros, 1978). La investigación en esta área se desarrolla a partir de la hipótesis de que el estrés externo grave (pérdida de la relación emocional importante) puede tener un efecto inhibidor en el sistema inmunológico del cuerpo, de modo que permite que el físico se desarrolle. En el ámbito de los cuatro sistemas identificados (persona, grupo social/familia, comunidad y cultura), el suceso externo (pérdida de la relación), se siente como algo que afecta las cogniciones individuales (no puedo continuar sin esta persona), con el impacto concomitante sobre el funcionamiento psicológico.

Otra Manera de disertar sobre esta independencia es mencionar que cada conducta o síntoma sirve a alguna función (Seiler, 1967). La labor del médico clínico es detenninar la función a la que sirve un síntoma en particular. Un trastorno nervioso de un miembro de la familia puede servir para desviar la atención de las relaciones destructivas en el sistema familiar completo. Figley y Sprenkle (1978) sugieren que es importante, en la fase diagnóstica, estudiar cómo los intentos comunes de la familia, para enfrentar la crisis de un miembro podrían servir para mantenerla, en lugar de desplazarla hacia una resolución.

El principio de utilidad o funcionalidad significa que la conducta, los pensamientos, sentimientos y otros, que pueden parecer a primera vista completamente negativos o nocivos, debeán analizarse otra vez, para observar a qué propósito pueden estar sirviendo en el ámbito de la familia y el grupo social. Esto significa observar tanto las ganancias como las pérdidas de cualquier conjunto de síntomas durante un estado de crisis. La Teoría General de los Sistemas nos dice que cualquier característica obvia del estado del sistema (como cólera, angustia, pensamientos desorganizados, conducta destructiva, incapacidad para el enfrentamiento), debe considerarse como al servicio de algún propósito para el sistema objetivo (la persona) y el suprasistema (la familia o grupo social).

Tres funciones de los sistemas

Existen tres funciones esenciales para cualquier sistema: a) adaptación al medio, b) integración de los diversos subsistemas y c) toma de decisiones. La desorganización en cualquier fase puede conducir a una crisis (Stevenson, 1977). En un sentido sea posible describir la crisis como una desorganización grave en una adaptación persona/medio. Neugarten (1979), por ejemplo, alude a la competencia o adaptación entre los relojes del desarrollo y biológicos, por un lado, y los sociales por otro. Una persona que se desarrolla muy rápido o de manera muy lenta, según el reloj social, puede encontrarse fuera de sincronización con el medio.

La segunda función de los sistemas -integración- concierne directamente a nuestra definición de resolución de crisis. Una nueva conciencia de sí mismo a partir de la crisis (divorcio), o la necesidad de adaptar la imagen de uno mismo como consecuencia de un daño físico (pérdida de un miembro del cuerpo), incita a una reorganización de la persona-sistema, de modo que los varios subsistemas puedan otra vez trabajar juntos fácilmente. La persona en crisis desconfa de que pueda salir adelante del conflicto, lo que redundante en desproporción, desorganización y desequilibrio. Trabajar para la resolución de la crisis, tiene como objetivo ayudar al organismo a integrar sus varios subsistemas, un requisito para el funcionamiento de todos los sistemas vivos.

Por último, la función de tomar decisiones en los sistemas es un prerrequisito para el concepto de enfrentamiento en la teoría de la crisis: es decir el manejo de los componentes subjetivos de la crisis y la solución de problemas. La crisis puede, en estos términos, comprenderse como un trastorno en el enfrentamiento (>), o una desorganización grave en la función de tomar decisiones en el organismo.

Estados de estabilidad

Todos los sistemas vivos tienden a regresar a un estado de equilibrio o de homeostasia. Este concepto de la Teoría General de los Sistemas, sugiere que los sistemas, sean personas o familias, no pueden tolerar el trastorno y la desorganización por un lapso prolongado. De los recursos de un sistema se puede esperar que hagan los ajustes necesarios para efectuarse cercano a alguna forma de equilibrio. Como Stevenson (1977) lo describe.

El estado de estabilidad se refiere al rango de flexibilidad posible. Cada uno de los muchos componentes de las partes de todos los sistemas vivos. Este rango de flexibilidad significa que el sistema puede permanecer estable, no obstante los cambios y desequilibrios que ocurren dentro y entre las partes del mismo. Este rango de flexibilidad tiene límites.

cuando la flexibilidad del sistema se ejercita más allá de sus límites, se produce estrés. Lo cual constituye una amenaza. El estrés debe, entonces, utilizarse para la adaptación, para la adaptación, y toma de decisiones para disminuir el estrés y estabilizarse... Un ejemplo sería el de la familia que sufre una pérdida temporal o permanente (por ejemplo, la muerte de un hijo, la muerte de un miembro de la familia, el divorcio, etc.). Un sistema semejante a través de una serie de procesos dirigidos a devolver a la familia a algún nivel de estabilidad (página 47).

La tendencia de los sistemas vivos a regresar a un estado de estabilidad o a la restauración del equilibrio, es una manera más precisa de establecer la observación clínica que determina que la intensidad de la crisis tiene que atemperarse en un periodo de 4 a 6 semanas (Caplan, 1964). Es importante señalar que el retorno a un estado de estabilidad podría ser lo mismo para el eventual bienestar o enfermedad en la medida en que se afecte a la familia. O, bajo los principios precedentes, el regreso a la estabilidad puede ser positivo para una parte de la familia y negativo para otra.

Equifinalidad

Los sistemas vivos se caracterizan por la equifinalidad o igualdad de dos o más sistemas para lograr el mismo estado final, aunque bajo diferentes condiciones y mediante vías disjuntas (Benen, 1968; Bertalanffy, 1968). Stevenson (1977) ofrece el ejemplo de cómo diversas culturas educan a los niños para la vida adulta por medio de distintas prácticas de crianza. El propósito o punto terminal (adultos capaces, socializados) es el mismo, aunque cuando la socialización de su realización va de una cultura a otra. Lo mismo puede decirse de la resolución de las crisis para individuos. El resultado final (integración dentro de la trama de la vida y la disposición para enfrentar el futuro) se alcanza de muchas maneras. En el ámbito general de los sistemas, el principio de equifinalidad se refiere a la idea de las simples relaciones causa-efecto, que sugiere causalidad múltiple. La labor clínica en la intervención en crisis, entonces, es la de identificar variables que conduzcan a una resolución positiva para la crisis -variables que ocurren naturalmente en el medio (familias, iglesias, escuelas y otros semejantes), y aquellas que necesitan ser formalmente durante la crisis misma, quizá por un consejero capacitado o terapeuta.

EN SÍNTESIS

Inician este capítulo con un resumen de la teoría de la crisis y con la exposición de algunos detalles de sus 12 principios básicos. Señalamos, sin embargo, que con el objeto de que esta teoría intrapsíquica sea de utilidad, necesitamos inscribirla en una estructura teórica general, que nos brinda consideraciones completas en el entorno de las crisis en la vida.

La teoría de la crisis dentro de una estructura de sistemas generales, puede resumirse como sigue:

Antes de un suceso de crisis el individuo (sistema personal) se encuentra estable, seguro, con un funcionamiento adecuado en tanto miembro de un grupo familiar/social, que a su vez está alojado en un ambiente comunitario, que es parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo) se impacta sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. El suceso interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de los cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto por su parte afecta a los otros suprasistemas (familia, comunidad, etcétera). En el sentido más inmediato, el cónyuge, los hijos y los amigos cercanos se ven íntimamente relacionados con la crisis. Justo exactamente, sin embargo, como los vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad completa se afectan. A los pocos días siguiente: al trastorno de crisis, se presenta la ocasión para la primera ayuda psicológica (intervención en crisis de primera instancia) por parte de la familia y la comunidad. En las semanas subsecuentes los pasos se dirigirán a restablecer el enfrentamiento y por último resolver la crisis. sea por medio de una terapia formal para crisis (proporcionada por trabajadores capacitados por diversos sistemas comunitarios), o con el concurso de varias fuentes de ayuda naturales (familia, vecinos, medio), finalmente se presentará el equilibrio, ya sea para la salud o enfermedad. La resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la totalidad de la salud de los vecindarios, la comunidad y la sociedad en general.

La atención individual al proceso de intervención es importante porque todas las crisis implican algún tipo de interacción entre un ser humano y otras personas, aun cuando las interacciones "simbólicas", como en el caso del duelo por la pérdida de la pareja o la soledad (Baldwin, 1979). La Teoría General de los Sistemas nos permite pensar en la persona en crisis y también en la familia, comunidad y sistemas culturales como trasfondo para cada situación particular. Esta premisa básica será acentuada en los capítulos siguientes. Ninguna crisis puede ser entendida por completo sin comprender a la familia de la persona, el medio social, los recursos comunitarios (que incluyen lo mismo actitudes y sentimientos) y el trasfondo cultural. Nuestra premisa operativa será respecto a que en tanto valores comunes de estos diversos sistemas se sostienen, el proceso de intervención se establece de modo similar, en cuanto se presta atención al impacto de cada uno de estos sistemas sobre el individuo, y los recursos provenientes de cada uno de ellos se ponen en curso para sobrellevar la crisis del individuo y la resolución positiva se enriquecerá.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La mayor parte de este capítulo se ha centrado en la explicación de la teoría de la crisis, para establecer sus hipótesis clave, y organizarlas en una estructura teórica general de los sistemas. Nos hemos esforzado por proporcionar definiciones de trabajo y una estructura dentro de la cual puedan analizarse las crisis circunstanciales y el desarrollo y el proceso de intervención en sí mismo. Como sugiere el título de este libro, sin embargo, hay también problemas de investigación importantes a los cuales encaminarse. Al presente la teoría de la crisis es, en el mejor de los casos, un bien reconocido conjunto de supuestos sobre estados particulares que ocurren bajo circunstancias especiales. La desafortunada realidad es que poco se ha hecho para ajustar la teoría de la crisis como una "teoría" de modo que su utilidad para la explicación y la predicción (el criterio principal de cualquier buena teoría) se incrementen (Auerbach 1986). El propósito de esta sección es realizar los principales resultados de la investigación y puntualizar algunas para investigaciones futuras (véase también Baum, 1987, Frederick, 1987; y Wortman y Silver, 1987; reseñas de investigación acerca de crisis y aspectos relacionados.)

Como sugieren también, la teoría de la crisis hace poderosas exigencias sobre el crecimiento y desarrollo humanos, de las cuales no es menor la idea de que sólo durante el estado de crisis mucha gente es vulnerable, sugestionable y abierta en forma suficiente como para considerar nuevas vías de desarrollo. La idea de que "las cosas con frecuencia tienen que empeorar antes que mejorar", es bien aceptada por los profesionales del área, aunque no ha sido sujeta a investigación rigurosa, ¿Para qué clase de gente es cierta esta hipótesis? ¿Qué variables conducen a la reorganización hacia el crecimiento, por oposición a aquellas que conducen hacia el debilitamiento?

Uno de los equipos de investigación más impresionantes sobre la teoría de la crisis lo desarrolló Viney (1976), junto con sus colaboradores, en la Universidad Macquarie, de Nueva Gales del Sur. Al ir más allá del estudio de casos psicológicamente exitosos, investigaron las crisis en individuos activos, saludables, "normales", como niños en edad preescolar (Viney y Clarke, 1974, 1976), estudiantes universitarios (Viney, 1983), madres de casa (Bazeley y Viney, 1974) y mujeres dedicadas a la crianza de sus hijos (Westbrook, 1975), que enfrentaban exitosamente las crisis que se les presentaban. Lo más alentador, desde un punto de vista de investigación, ha sido la habilidad de estos investigadores para poner a prueba los límites del concepto de crisis en analogías de laboratorio. Por ejemplo, Viney y Clarke (1974), aplicaron el periodo de extinción de un modelo de aprendizaje en el manejo de ciertas herramientas, en niños de nivel preescolar (con tareas de discriminación por libre elección), para hacer pruebas de los efectos de las condiciones de crisis sobre la conducta posterior. Con ello, hallaron que las crisis que implicaban la pérdida de la recompensa de lo social, por oposición a las no sociales, condujeron a una mayor desorganización y respuestas arraigadas y rígidas; por parte de los niños. Las crisis resultantes de las respuestas no sociales conducían a intentar otras nuevas y menos frustración en los niños y menor tendencia a dar severencias entre las niñas; las chicas cuyas experiencias previas incluyeron fuentes sociales de satisfacción más confiables se aislaron menos después de una crisis, en comparación a aquellas con fuentes de satisfacción menos confiables.

Metodológicamente estudios como éstos alientan a aquellos que deseen probar las hipótesis de la teoría de la crisis en ambientes de laboratorio. Además, diversos resultados específicos merecen la atención de los investigadores.

a) La investigación es necesaria para especificar la importancia relativa de las variables biológicas, psicológicas y sociales/ambientales para determinar la intensidad de la crisis, lo mismo que su resolución final. Thomas y otros, (1969) registraron las diferencias temperamentales innatas que son estables durante toda la vida, que hacen que algunos individuos sean más lentos para adaptarse al cambio y/o trastornarse por cambio abruptos. Lieberman (1974) sugiere que un funcionamiento cognoscitivo deficiente puede limitar la capacidad de una persona para evaluar las fuerzas y oportunidades de adaptación. Esto es congruente con los escritos de Lazarus (1980) acerca de una comprensión cognoscitiva del proceso de enfrentamiento. Más allá de esto, Lieberman sugirió que la intensidad del estrés relacionado con la crisis depende de la cantidad del cambio que ésta provoca. Parecería que esta variable de reciente aparición --cantidad de cambio-- podría cuantificarse en niveles biológicos, psicológicos y sociales.

En un ánimo semejante, Wandersman y colaboradores (1980) investigaron diferentes clases de apoyos sociales para los nuevos padres (el cumpleaños del primer hijo), y concluyeron que aquellos llegan de distintas formas (de modo utilitario, con promociones y otros similares), y tienen efectos diferentes. Además, encontraron que las variables de apoyo social sólo respondían a un pequeño porcentaje de las variaciones en la adaptación posterior al parto, 5 o 6 meses más tarde. Las investigaciones futuras necesitan explorar la complejidad de la tendencia constructiva y su importancia relativa en las variables de la persona (recursos de los padres y habilidades para el enfrentamiento, y sus adaptaciones previas).

b) El enfoque de Holmes y Rahe (1967) para cuantificar los sucesos de la vida y sus potenciales de crisis podría ampliarse al investigar los sucesos en el ámbito de etapas/transiciones del desarrollo (Danish y D'Augelli, 1980, y Nowak, 1978).

e) Dentro del modelo general de los sistemas, ya presentado, el papel de los factores cognoscitivos en crisis necesita estudiarse. Taplin (1971) ha abierto la puerta para el trabajo sobre la crisis para considerar a la cognición y la percepción como mecanismo implicados en el inicio de la crisis, aunque esta perspectiva ha generado poca investigación. También la bibliografía sobre crisis es parca respecto del vínculo potencial en la modificación cognoscitiva (Beck, 1976; Maboney, 1974; Meichenbaum, 1977) y la resolución de la crisis. Si, como Taplin sugiere, los estados de crisis ocurren cuando las expectativas sobre la vida se violan, o cuando los mapas cognoscitivos son inadecuados, entonces parecería que el proceso de intervención pudo hacer uso de las técnicas de modificación cognoscitiva. (Esto se analizará más ampliamente en la sección de intervención de este libro, Parte II).

Numerosos teóricos han sugerido que la crisis progresa a través de varias etapas (Caplan, 1964; Horowitz, 1976; Levine, 1976; Tyhurst, 1958). La experiencia

de crisis puede contemplarse como un progreso a través de tres etapas: desorganización en el inicio, translaboración e integración. Se especificarán las variables involucradas en cada una de estas etapas. Por ejemplo, ¿en qué punto la negación podría (Horowitz, 1976), tomarse hacia la apertura o la sugestionabilidad, o la reducción de la defensividad (Falpe, 1973)? Claramente la intervención y el proceso de ayuda deben variar según el estado de la crisis dentro de estas dimensiones. También será importante recolectar información sobre cómo algunas personas enfrentan las crisis sin ayuda externa. ¿Cuáles son los recursos en el ambiente natural que facilitan el proceso de translaboración? La terapia para crisis puede mejorarse por el examen de los procesos naturales que resultan asequibles.

La resolución de la crisis se definió en este capítulo como un proceso dirigido a la integración de la experiencia de crisis dentro de la trama de la vida, de modo que la persona emerge de ella abierta y preparada para enfrentar el futuro. Esto es en realidad un resumen de numerosos descubrimientos clínicos, y los mismos deben ser hechos operativos y explorarse más ampliamente. Por ejemplo, ¿cuáles son los componentes conductuales, afectivos, somáticos, interspersos y cognoscitivos de la disposición para continuar con la vida, o para enfrentar el futuro, después de una crisis?

La estructura general de los sistemas presentada en este capítulo, pretende permitir un estudio de la relación entre las variables durante los episodios de crisis. Belsky (1980) establece el mismo punto al pugnar por una estructura de sistemas en el estudio del maltrato a los niños.

Además de proporcionar un esquema para el ordenamiento sistemático del gran cúmulo de información sobre el maltrato a los niños, esta estructura ecológica puede servir como guía para futuras indagaciones empíricas. De manera específica, para atraer la atención de las relaciones esbucadas que existen entre agentes causales, esta estructura deberá estimular a los investigadores a avanzar más allá de la mera identificación de las variables individuales que se relacionan con el maltrato a los niños, y abandonar el estudio de las relaciones entre variables. No obstante, la estrategia para identificar las correlaciones individuales, ha demostrado ser fructífera en el pasado... es claro que el valor predictivo de cada investigación es limitado en grado sumo (página 321).

Lo mismo es aplicable al estudio de las crisis vitales. Las relaciones entre variables deben estudiarse de manera que podamos hacer afirmaciones inteligentes y predictivas sobre el inicio, la intensidad y la resolución de las crisis.

Crisis vitales durante el desarrollo

3

Quizá el aspecto más llamativo de la teoría de la crisis es la idea de que ésta puede conducir a un crecimiento personal (Greer, 1980). Esta perspectiva eleva a la crisis de un plano de desesperación, negativismo, peligro y desorganización (sentimientos comunes durante la crisis), a uno más positivo; el sufrimiento puede estimular también el desarrollo personal y la madurez.

El tema frecuente en las crisis del desarrollo es que sus sucesos precipitantes están inmersos en los procesos de maduración. Este enfoque ve más allá del suceso de crisis particular y se enfoca sobre el individuo bajo luz de su historia personal de desarrollo. La pregunta es: ¿puede este periodo de perturbación, peligro y desorganización representar este intento personal de enfrentar una transición importante de una etapa de la vida a otra?

Erikson (1953) fue el primero en formalizar la idea de que la personalidad continúa su desarrollo en el curso de la vida. En tanto que Freud sugirió que la personalidad se estructura de modo determinante durante los primeros años de la infancia, Erikson considera la personalidad como algo que se desarrolla durante el ciclo completo de la vida, claro está, con cambios radicales, en tanto es una función de la manera en que un individuo aborda cada etapa del desarrollo; él sugirió que el desarrollo psicosocial sigue una trayectoria de ocho etapas, cada una de las cuales posee un potencial de crisis. Dependiendo de cómo se resuelvan los conflictos para el desarrollo en cada nivel, el crecimiento de una persona podría detenerse en uno o progresar hacia el inmediatamente superior.

Una revisión de la investigación de la psicología del desarrollo, indica que el énfasis original, naturalmente se hizo en los extremos del desarrollo: niñez y vejez. Y sólo más recientemente en la edad adulta y media (Neugarten, 1979). Esto coincide con la sugerencia de Erikson (1978) en cuanto a que ahora se está en el comienzo del siglo del adulto. Incluso un examen superficial de libros populares, textos preuniversitarios y libros de investigación, muestran que el estudio de la edad adulta tiene preeminencia en la bibliografía.

En la década de 1970, los adultos buscaban claves en la separación matrimonial, los cambios radicales en la profesión, los valores y los objetivos,

lo cual se reflejó en libros como *Passages* (Sheehy, 1976), *Transformation* (Could, 1978), y *Male Mid-Life Crisis* (Mayer, 1978). Estudios e investigación como el de Levinson en *Seasons of a Man's Life* (1978), y el de Vaillant en *Adaptation to Life* (1977), así como los de Lowenthal, Thumher y Chiriboga en *The Four Stages of Life* (1975), proporcionaron inspiración para una nueva teoría y una recopilación de información entre los estudiosos.

¿Cómo se relacionan estas tendencias con la intervención en crisis? Desafortunadamente, los estudios de investigación en estos dos campos -intervención en crisis y psicología del desarrollo- no se han integrado significativamente todavía. Algunos libros (igual que Stevenson, 1977) resumió tendencias del desarrollo con miras a su aplicación práctica, aunque los conflictos para el desarrollo aún no han sido directamente vinculados al proceso de intervención.

En este capítulo, nos orientamos a dar pasos para llenar esta laguna al discutir primero los supuestos del enfoque del desarrollo en las crisis vitales, para entonces revisar los conflictos del desarrollo en varias etapas a lo largo del ciclo vital. Las implicaciones de la intervención se sintetizarán desde una perspectiva del desarrollo, y se sugerirán cauces para futuras investigaciones. La investigación en esta área todavía significa un largo camino desde la identificación, con algún grado de certeza de los principios sobre los que el practicante puede confiar. Al referirse a sus colaboradores en psicología del desarrollo, Neugarten (1979) manifestó: "... no estamos aptos para tener un doctor Spock de la etapa adulta, porque el curso del cambio adulto es muy complejo y las diferencias individuales son muchas para cualquier libro de "cómo hacerlo" (página 88). Nuestro objetivo será entonces sintetizar hipótesis y, en particular, preocupaciones por medio de las varias etapas del desarrollo, con énfasis a destacar las implicaciones de la información disponible para el proceso de intervención.

HIPÓTESIS DEL DESARROLLO

Las hipótesis principales detrás de un planteamiento del desarrollo en las crisis vitales incluyen lo siguiente:

1. La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambio continuos. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista. no por el cambio en sí mismo.
2. **El desarrollo puede consistir en series de transiciones** (algunos le llaman etapas), cada una caracterizada por ciertas tareas (Erikson, 1963; Havighurst, 1952) o preocupaciones (Neugarten, 1979; Rapoport y Rapoport, 1980). Los teóricos de las etapas sostienen que el individuo debe resolver las tareas de una de ellas para funcionar completamente en la siguiente. Por ejemplo, un adolescente necesitaría desarrollar un sentido de identidad para descubrir realmente quiénes antes de ser capaz de comprometerse de manera significativa en las relaciones íntimas de la edad adulta joven. Las familias, así como los individuos, se desplazan a través de etapas del desarrollo de transición o predecibles.

3. Las transiciones del desarrollo de la edad adulta son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia. En tanto que la crisis en la madurez de un ejecutivo cuarentón puede parecer como una segunda niñez, o tomar la forma de una crisis de identidad en un adolescente, es una simplificación exagerada considerar esto únicamente en términos de los elementos de estas etapas primarias, puesto que la crisis del adulto se identifica sólo por las preocupaciones o actividades de la etapa respectiva.
4. Como Gilligan (1979) y Bell (1977) han sugerido, los elementos de desarrollo no nativo aplicables a varones de raza blanca, pueden ser muy inapropiados para las mujeres y minorías étnicas. Gilligan sugiere que cuando las nociones de separación (de la familia, primeros trabajos, etcétera) son utilizadas para definir el proceso de desarrollo de las mujeres, tal como son ahora para los varones, las mujeres aparecen continuamente como menos desarrolladas; sin embargo, cuando los elementos utilizados se relacionan con la conexión, la preocupación por otros y el enlace, el caso es inverso. Bell sugiere que, dadas las numerosas minorías étnicas en Estados Unidos, esto es, las sujetas al racismo personal e institucional, los procesos de desarrollo para varones de raza blanca y negra son muy diferentes. En una variación sobre la primera etapa de Erikson de confianza contra desconfianza, Bell sugiere que en el ámbito de dominio de los blancos en E.U.A. es muy importante para los varones jóvenes negros desarrollar un saludable sentido de desconfianza del mundo externo, a fin de sobrevivir.
5. Aunque cada etapa es única, los asuntos importantes de los días juveniles son por lo general repasados o reelaborados durante todo el ciclo vital (Neugarten, 1979).

Las verdades que aquellas nos sólo surgen en determinados momentos de la vida. para ser resueltos y luego dejarlos atrás como si fueran eslabones de una cadena. La identidad se hace y rehace; los conflictos de la intimidad y la libertad y los compromisos para con las personas que son significativas, las presiones de tiempo, la reformulación de metas en la vida, hacer valoraciones y reconciliarse y la aceptación de los éxitos y fracasos de uno mismo; todo esto preocupa tanto a los jóvenes como a los viejos. Es un axioma, aun cuando a veces no se mencione, que las preocupaciones psicológicas de los adultos son recurrentes. Aparecen y reaparecen en nuevas formas a la vuelta de lapsos prolongados (página 891).

Rapoport y Rapoport (1980), por ejemplo, analizan el desarrollo en el curso de la vida como relacionado con el trabajo, la familia y el juego (una triple hélice). Todas las etapas de la vida se consideran como enfocadas sobre alguna interacción de tres aspectos de la vida. La profesión, por ejemplo, puede ser algo susceptible de encontrarse a los 18 años y cambiarse a los 45, aunque aquella, como asunto vital, permanece constante.

6. Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el entorno de la historia personal de un individuo. Una discusión entre un chico de 17 años y su padre acerca de las amistades de aquél, la hora de llegar a casa y el beber alcohol debe considerarse dentro del ámbito

de formación de identidad en la adolescencia tardía. De igual manera, la insatisfacción de un ejecutivo de 40 años con su trabajo y el apasionamiento por su secretaria, deben ser sucesos incluidos en una transición de la edad considerada como la mitad de la vida.

7. Una crisis es la versión extrema de una transición. Éstas son puntos decisivos o regiones límite entre dos periodos de mayor estabilidad (Levinson y colaboradores, 1976). Estas transiciones del desarrollo pueden transcurrir fácilmente o involucrar trastornos considerables. Las crisis del desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y, de hecho, lo hacen posible (Danish y D'Augelli, 1980; Riegel, 1975).

TRANSICIÓN O CRISIS

Hay una gran cantidad de hipótesis para indicar cuándo una transición puede convenirse en crisis. Esto incluye:

a) Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta. Danish y D'Augelli (1980) sugieren que la transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser frustrada por la falta de habilidad, conocimiento o la incapacidad para correr riesgos.

Como veremos en el capítulo 8 (sobre la terapia de crisis) las carencias en las dos primeras áreas -información, habilidades- son, por lo general, más fáciles de tratar para el médico clínico, que aquellas en que la dificultad implica el asunto más complicado de tomar riesgos, que se relacionan de modo directo con cuatro de los subsistemas de la personalidad: conductual, afectivo, cognoscitivo e interpersonal. Además, a estas variables personales deben agregarse los recursos materiales (por ejemplo, el dinero) y los sociales (amigos, apoyo externo), que pueden ser factores determinantes o no, por ejemplo, en el caso de un niño de 18 años que se muda del pueblo que floagrancia, cuando a sí superará la transición a la etapa adulta fácilmente o con una gran tensión. El supuesto es que un déficit en alguna de estas cinco variables -habilidades, conocimiento, disposición al riesgo, recursos materiales y apoyos sociales- pueden llevar a una persona a la realización de actividades propias del desarrollo o determinar una transición predecible en una crisis. De igual manera, el nacimiento del primer hijo requiere de ciertas habilidades, conocimientos mínimos, etcétera, de parte de los padres, en tanto éstos reajustan sus formas de vida. La ausencia de habilidades, conocimientos, apoyos sociales, dinero o disposición al riesgo de asumir nuevas formas de comportamiento (Wandersman y colaboradores, 1980), pueden conducir a una crisis para el desarrollo en la paternidad.*

*La dimensión de la habilidad propuesta por Danish y D'Augelli, no es diferente a la definición operacional del Principio de Peter (Peter y Mull, 1969), donde un individuo es considerado como promovido en una organización hasta que alcanza su propio nivel de incompetencia. Esta aquí remite al hecho de que las habilidades importantes (al éxito) en un nivel bajo en la organización; de hecho aquellas que condujeron a la promoción en primera instancia, no son funcionales en el nivel inmediato superior. Propiciar el ascenso en una organización, es decir, evitar una vida fuera del Principio de Peter, significa desecharse antiguas habilidades y desarrollar nuevas habilidades.

b) Otras maneras de entender cómo una transición puede convenirse en crisis, es pensar en términos de la sobrecarga de exigencias. Brim (1977), establece:

Una -crisis masculina en la mitad de la vida" ocurrirá para algunos hombres si resiente exigencias múltiples y simultáneas para hacer cambios en su personalidad; si por ejemplo, durante el mismo mes o año el hombre desecha sus últimas ilusiones sobre un gran éxito; acepta a sus hijos como son; entierra a sus padres y se somete a la realidad de su mortalidad; reanuda que su interés y vigor sexual han disminuido incluso encuentra alivio en el hecho (página 16).

Este concepto concuerda con la definición de Holmes y Rahe (1967) de la crisis vital como la acumulación de sucesos (350 o más Unidades de Cambio en la Vida en un año). Sin embargo, aquí cada uno de los sucesos recae dentro de la categoría de angustias esperadas inherentes a la madurez.

c) Una transición puede convenirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes (Danish y D'Augelli, 1980). Neugarten (1976) analiza tanto la menopausia como la viudez en tanto sucesos de la vida para los que las expectativas de la mujer son determinantes en la previsión de resultados. Esta autora sugiere que la mayoría de las mujeres atraviesan por un proceso subliminal con el que se anticipan a la viudez, al darse cuenta, por estadísticas, que probablemente sobrevivirán a sus esposos. De manera similar, las mujeres en edades de 40 a 50 años, esperan la menopausia y la observan como un suceso natural. Aunque han escuchado comentarios al respecto, que generan ansiedad, también saben de antemano que todas las mujeres sobreviven al fenómeno. Y muchas de ellas toman la menopausia a la ligera considerándola simplemente como un "intervalo temporal que ocasiona depresión" (página 19). Igualmente, una gran cantidad de ellas la acepta como alivio a las molestias de la menstruación y al miedo a embarazos no deseados. Por el contrario, quienes no han sido preparados para sucesos determinantes del desarrollo, están en peligro de experimentarlos como crisis. Un hombre de mediana edad que no está preparado para el hecho de que su esposa ejerza una profesión en una empresa fuera del hogar, en tanto los hijos crecen, podría tener un trastorno por esto, en parte porque no lo esperaba y en parte porque él mismo no está preparado para su nuevo papel (ampliación de su responsabilidad familiar).

d) Por último, un individuo podría experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si se percibe a sí mismo como fuera de fase, de acuerdo con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad. Neugarten (1979) piensa que todos nosotros nos movemos entorno de "relojes mentales" que nos dicen si estamos dentro o fuera de tiempo con respecto a nuestros semejantes.

La gente se refiere fácilmente a estos relojes. Comentan con presteza un entrevistador lo que consideran la mejor edad para contraer matrimonio, tener hijos, ser abuela, cuándo debe estabilizarse un hombre en su profesión, llegar a la cumbre en la misma e incluso, qué características de personalidad deben sobresalir en los sucesivos periodos de edad (por ejemplo, es apropiado ser impulsivo en la adolescencia, pero no en la madurez). La gente estará también dispuesta a opinar si ella misma está a tiempo o no, y por qué (página 888).

Esta perspectiva sugiere que abandonar el hogar, elegir una pareja, la crianza de los hijos y otros, son en realidad puntos decisivos normales de la vida, cada uno exige cambios en el autoconcepto e identidad, y tiene potencial de crisis si su "tiempo" se pasa.

Neugarten continúa:

Por ejemplo, para la mayoría de las mujeres de mediana edad, la partida de un hijo no es una crisis. Sin embargo, cuando el hijo no deja el hogar a tiempo, que la crisis surge tanto para el hijo como para sus padres. Para una gran proporción de hombres, el retiro es un suceso normal, esperado. Incluso, la muerte es normal y esperada en la vejez. Sólo cuando ocurre en la juventud es trágica. Aun la muerte del cónyuge, si ocurre a tiempo, no crea una crisis psiquiátrica para la mayoría de hombres y mujeres (página 889).

Para apreciar completamente el papel de las expectativas y tiempo para cualquier individuo en particular, es importante comprender muy bien que el tiempo tiene aspectos biológicos, sociales y psicológicos, y que cada uno de los mismos ha sido sometido a cambios significativos en la sucesión de distintas generaciones. Por ejemplo, la pubertad llega a una edad más temprana que antes para ambos sexos, y las expectativas de vida para toda la gente han progresado, desde los 70 años, a una cifra cercana a los 80. Igualmente, el tiempo social ha sufrido cambios. Por ejemplo, los hombres se inician en el trabajo (debido a la prolongación en el proceso educativo) a una mayoría que hace 20-3 décadas. Los cambios han ocurrido también en el matrimonio (ahora más temprano) y en la paternidad (temprana, excepto para las mujeres que han pospuesto el embarazo por atender su carrera, y pocos hijos). Después de que los hijos dejan el hogar, periodo conocido como "nido vacío", las parejas pueden vivir de nuevo juntas por 15 años o más, puesto que la edad promedio para enviudar ha aumentado.

Para la teoría de la crisis presentada en el capítulo 2, un énfasis sobre los roles biológico, psicológico y social es congruente con la estructura general de los sistemas. No es suficiente examinar un suceso particular, ni siquiera una etapa particular del desarrollo del individuo, sin entender también la penetración de éste en cuanto a la "adaptación" en la que la sociedad espera.

PREOCUPACIONES EN EL CURSO DEL CICLO VITAL

El cuadro 3-1 ofrece un panorama general de las etapas del desarrollo y los conflictos por la transición, tareas y posibles sucesos de crisis relacionados con cada una. Las palabras tareas/preocupaciones se proponen reflejar una discusión en la bibliografía acerca del desarrollo, lo mismo que la naturaleza e importancia exactas de esas etapas. Algunos sostienen que los límites específicos por etapas (por etapas) son importantes (Levinson y colaboradores, 1976), en tanto que otros sugieren que por razones citadas al principio de este capítulo (la repetición de motivos a través de las etapas de la vida), es también una distorsión al hablar simplemente de límites rígidos (Neugarten, 1979; Drim, 1977). Los escritores parecen más satisfechos al relacionar las tareas con la infancia que con la edad adulta, por lo que prefiere analizar los asuntos de estos últimos como

preocupaciones. Nuestro objetivo principal es tener estos temas como un fondo para considerar cualquier crisis individual. En ningún punto conceptualizaremos "por fuerza" a un individuo dentro de una etapa o impondremos una estructura del desarrollo rígida sobre la experiencia de un individuo. Por el contrario, usaremos esta información como guía para responder preguntas y probar hipótesis en el camino hacia la especificación de una estrategia de intervención. Al tiempo que los límites de edad son algo arbitrarios (o al menos sujetos a interpretaciones, según los factores sociales), puede haber variaciones de una persona a otra sobre la importancia de las preocupaciones específicas relacionadas con cada etapa.

Quizá el aspecto más importante del cuadro 3-1 para los profesionales, es la unión entre los sucesos precipitantes con las tareas/preocupaciones propias del desarrollo. Aquí el enfoque es sobre cómo el suceso particular podría lo mismo crecer a partir de un conflicto, que esbozar un problema irresoluble en el desarrollo. La pregunta que los practicantes necesitan plantearse continuamente en esta estructura es: ¿Podría este suceso, al parecer insignificante -discusión matrimonial, pelea con los padres, problemas en la escuela u oficina-, ser enclavado en este intento personal por lograr la transición de una etapa del desarrollo a otra?

Como indica el cuadro 3-1, los posibles sucesos de crisis en la niñez pesan grandemente en las áreas de socialización, relación con los padres, amigos y éxitos/fracasos en la escuela. El éxito relativo en cada una de estas áreas es visto como necesario para el progreso exitoso hacia el nivel inmediato superior del desarrollo. Los padres y maestros (capítulo 17) desempeñan un papel, particularmente importante, en cómo los niños enfrentan la desorganización en el proceso de aprendizaje durante los años de vida. Por ejemplo, ¿tendría un niño dificultades en el dominio de las "tres Rs" al contemplarse como "estúpida", "retrasada", "diferente" o como un ser humano aceptable con capacidades y deficiencias (la capacidad posterior de algún cambio con trabajo y ayuda externa)?

La adolescencia proporciona la ocasión para tratar temas de la identidad que tienen componentes sobre la profesión, los valores y la intimidad. Como cualquier maestro de bachillerato o padre de un adolescente puede confirmar, el trastorno en la adolescencia involucra una lucha por la autoafirmación, de tal manera que se establezca la identidad. Aunque parezca doloroso, los valores primordiales de la familia y otras instituciones sociales a menudo deben rechazarse o postergarse como propios.

La adultez temprana es una etapa que implica preocupaciones relacionadas con la intimidad, la paternidad y la iniciación en una carrera u ocupación. Las tareas pueden concebirse como el traslado hacia una nueva identidad desde la adolescencia hasta relaciones adultas con la pareja y los hijos, amigos y colaboradores. La adultez temprana se refiere a un periodo de asentamiento y consolidación de las tareas, y al mismo tiempo de avance, en particular en la profesión. Estas preocupaciones del desarrollo pueden, en combinación con los sucesos de la vida, proporcionar la ocasión para una crisis. Ésta puede incluir, por ejemplo, el conflicto de una mujer joven para equilibrar las preferencias entre su profesión y su familia. Su selección de opciones no se realiza en el aislamiento, pero depende mucho de las actitudes y comportamiento del cónyuge, la familia

Cuadro 3-1. El desarrollo en el curso del ciclo vital: panorama general*

Etapa	Motivo de transición	Tareas/preocupaciones	Posibles sucesos de crisis
Infancia (0-1 años)	Confianza	Alimentaria; Desarrollar habilidades motoras y emocionales; Obtener habilidades emocionales	Trastorno en la alimentación; Enfermedad física; Lesiones; Rechazo por el cuidador primario
Infancia temprana (1-2 años)	Autonomía contra vergüenza y duda	Caminar, hablar; Desarrollar el sentido de independencia; Adaptación a la demanda de socialización	Daño físico; Conflicto con el cuidador principal; Por el incremento de la actividad; etc.
Infancia temprana (2-6 años)	Iniciativa	Habilidad de aprendizaje y control emocional; Desarrollo de la noción corporal y aprendizaje de la diferencia sexual; Aprendizaje de valores culturales y del "bien" y del "mal"	Herida física; Contacto con otros niños; Juegos sexuales; Conflictos con los materiales y compañeros
Infancia media (6-12 años)	Industria	Dominancia de los padres; Desarrollo de habilidades (con la familia y compañeros); Relación con compañeros, hermanos y adultos; Independencia dentro del entorno familiar; Desarrollo del control y la tolerancia a la frustración	Dificultades de aprendizaje en la escuela; Conflictos con compañeros; Conflictos con los padres; Cambios en la escuela
Adolescencia (12-18 años)	Identidad y roles	Adaptación a nuevas situaciones; Logro de la independencia de los padres; Cuestionamiento de valores; Exploración de relaciones personales; Exploración de alternativas	Menstruación; Relaciones sexuales; Embarazo no deseado; Graduación de la preparatoria; Oportunidades académicas; Roles sociales y de vida; Rompimiento con la familia; Independencia
Adolescencia temprana (18-34 años)	Intimidad	Selección y aprender a vivir con un compañero; Iniciar una familia	Rechazo por una pareja potencial; Relaciones extramaritales; Embarazo no deseado; Incapacidad para engendrar hijos; nacimiento de un hijo

Cuadro 3-1. El desarrollo en el curso del ciclo Vital: panorama general* {continuación}

Etapa	Motivo de transición	Tareas/preocupaciones	Posibles sucesos de crisis
Adolescencia temprana (18-34 años) (continuación)		Desarrollo de habilidades parentales; Decidir sobre el servicio militar; Iniciar, en una actividad	Problemas de disciplina; Enfermedad de los hijos; Incapacidad para manejar las demandas del papel paterno; Ingresar al servicio militar; Evadir el servicio; Dificultades académicas; fracaso al graduarse en preparatoria/universidad; incapacidad para encontrar una carrera profesional; Idioma deficiente en la profesión elegida
Adolescencia temprana (18-34 años) (continuación)		Desarrollo total del estilo de vida; Adaptación al cambio de la mitad de la vida; Adaptación a cambios en los hijos (por ejemplo, a la adolescencia); Ocupación de nuevas habilidades con los padres ancianos; Creciente productividad y autonomía económica; Reevaluación de la vida; Modificar la estructura de la vida; las relaciones de trabajo	Adquisición de una carrera; dificultades financieras; conflicto entre la profesión y los objetivos familiares; transición a la vida adulta; Crecencia de la decadencia física; Enfermedad crónica; Quitarle el hijo; Rechazo al hijo adolescente; rebeldes; Aljariento de un hijo; Decisión sobre el cuidado de padres ancianos; Muerte o enfermedad prolongada de los padres; Crecencia de la productividad y autonomía económica; Preocupaciones financieras; Camaradería; Relación con la familia; Deseo de empleo; Coexistencia de la vida y el trabajo; Prorrogación laboral; Rompimiento del ciclo de la vida; las relaciones de trabajo; Proceso de la vida; Regreso al trabajo (de la mujer) de la crianza; Muerte de algún(a) ser querido(s)
Adolescencia temprana (18-34 años) (continuación)		Adaptación a la vejez; Prácticas para la jubilación	Falta de salud; Decisión de jubilación; nuevos tiempos, nueva profesión

Cuadro 3-1. El desarrollo en el curso del ciclo vital: panorama general*
(continuación)

Etapa	Motivo de transición	Tareas/preocupaciones	Posibles sucesos de crisis
Madurez (SOa 65 años) (coo linución)		D.arrollo derelaciones derecompenca mutua con los hijos ya crecidos	Cambios en el ambiente de la vivienda (de una granja a un departamento en la ciudad)
		Reevaluar, con<Olidar las relaciones con el cónyuge/otros significativos o adaptación a su pérdida (muerte, divorcio)	Conflicto con los hijos ya crecidos "Nido vacío" (el último hijo deja el hogar) Muerte del cónyuge, divorcio
		Ayudar a los padre.< ancianos	Conflic<os con los padres
		Hacer productivo el uso del mayor tiempo libre	Resi.tencia a la jubilación (separación o abandono de las funciones laborales.<ires-p<1"3bilidade.<.)
Vejez (de los 65 años a la muerte)	Integridad del yo COO lra d=separación	Segu ncla *Tiración teicera carrera, y/o interés en pasatiempos	Dificultades financieras<
		Compartir la sabiduría de la experiencia de la vida con otros	Conflicto.< intaperwnale.< con los hijos Conflictos interpersonales.< con semejantes (por <emplo, en un nuevo vecindario) Indiferencia por parte de los hijos ya adultos
		Evaluar el pasado y alcanzar un <entido de realización de satisfacción con la propia vida	Muerte de los amigos.< Conciencia de la soledad
		Disfrutar una cantidad razonable de comodidad física y emocional	Enfermedad o incapacidad
		Mantener su lic: ítemo vidad para los cambios de ambiente	Dificultad en la adaptación a la jubilación (111

*Las etapas, motivos y tareas son síntesis de J.E. Brophy, *Child development and socialization*. Chicago: Science Research Associates, 1977; C.E. Kennedy, *Human development: The adult years anti aging*. New York: Macmillan, 1978; R.J. Havighurst, *Developmental tasks and education*. New York: Longman, Green & Company, 1952; J.S. Steiner, *Issues and Crises during middle adolescence*. New York: Appleton-Century-Croft, 1977; E.H. Erikson, *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton, 1963; J. Conger, *Adolescence: Generation under pressure*. New York: Harper & Row, 1979; M. Fiske, *Middle age: The prime of life?* New York: Harper & Row, 1979; R. Kaestner, *Growing old: Years of fulfillment*. New York: Harper & Row, 1979.

!Sea o no que estos sucesos presenten "crisis", depende de diversas variables, que incluyen la oportunidad del suceso, así como de los recursos financieros, personales y sociales.

y amigos. De igual manera, las decisiones de criar hijos o no, así como de cuánto tener y cuándo, son establecidas por las parejas jóvenes durante esta etapa.

La adultez media es el momento para reelaborar asuntos previos del desarrollo, y al mismo tiempo confrontar por completo nuevos problemas y desafíos. Después de años dedicados a la profesión y al crecimiento de los hijos, existe un momento para hacer un inventario de lo que se ha logrado en las relaciones con el cónyuge, los hijos y el trabajo. Los libros de la década de 1970 (*Passages, Transformations, Male Mid-life Crisis* y similares) pertenecen a los

lectores conocer que en la mitad de la vida se puede esperar una separación matrimonial, insatisfacción profesional y nuevos comienzos.

De modo particular es importante señalar que los estudios transculturales (Gutmann, 1975) indican un cambio en los principales intereses en el hombre y la mujer en la mitad de la vida. Muchos hombres, que han sido activos y emprendedores en el seguimiento de una profesión y la búsqueda de beneficios económicos, trascienden hasta una actitud tierna, gregaria y protectora en sus 40 y 50 años. Muchas mujeres, por otro lado, toman un papel más asertivo y activo, al tiempo que los hijos requieren menos atención. Con el aumento en el número de mujeres que trabajan fuera de casa, y el correspondiente aumento en la división de las responsabilidades como padres, este patrón podría volverse menos elevado. Sin embargo, esta tendencia sirve para subrayar cómo los compromisos adquiridos durante la adultez joven pueden satisfacer una parte del sí mismo total del individuo, y deja otras necesidades sin complementar (Levinson y colaboradores, 1976). La elevación oportuna de la crisis en la edad mediana, entonces, comprende el entendimiento de estos compromisos y las distribuciones de energía en relación con la personalidad total del individuo.

Las nuevas motivaciones en la paternidad (Liebennan, 1974), adaptaciones a la vida con adolescentes o hijos adultos jóvenes (algunos de los que podrían estar experimentando perturbaciones considerables en sí mismos, por ejemplo, el divorcio de sus padres) y trasladarse hacia un cambio en la perspectiva del tiempo (para pensar en el que le queda de vida en vez del que ha vivido). ¿Qué adaptaciones se hacen con los padres ancianos? ¿Buscar un asilo, o mudarse junto a ellos con todo y los hijos? ¿Qué impacto tendrá esto sobre los patrones ya existentes de la vida familiar? Según los recursos disponibles, la preparación y otras variables ya enumeradas, estos acontecimientos tienen el potencial para precipitar una crisis.

Después, la vida puede dividirse en madurez-entre los 50 y principios de los 60 hasta la jubilación, y la vejez, desde la jubilación hasta la muerte (Kennedy, 1978). El incremento en las expectativas de vida, y con ello, la jubilación, han alargado la vida adulta. Las preocupaciones de la madurez implican enfrentar las nuevas libertades de los padres cuando los hijos han crecido, adaptarse a la muerte de un cónyuge, la preparación para la jubilación (que puede implicar una segunda o tercera profesión), y cambios en las condiciones físicas de la vida (mudarse de una casa a un departamento, por ejemplo). El concepto de Erikson de "generatividad", que es característico de esta etapa, sugiere una preocupación no sólo con el cuidado y la orientación de la propia descendencia, sino también con la siguiente generación, definida del modo más amplio. Neugarten describe los años 50 y 60 años como los de mayor interioridad, lo que significa un cambio desde una orientación externa a una interna, lejos de la audacia y de correr riesgos, hacia una acomodación de sí mismo a las restricciones del mundo externo (Neugarten y colaboradores, 1964; Neugarten, 1979). Es el momento de la consolidación de la experiencia y los recursos, y una reorientación de la propia vida hacia los años finales.

La visión de Erikson de la vejez como equilibrio entre la integridad del yo y la desesperación, se acompaña por diversas preocupaciones. Neugarten (1979) habla sobre el "triunfo de los sobrevivientes", o el reconocimiento de que uno ha probado una amplia variedad de experiencias, conocimientos sobre la vida,

y ha soportado tanto el dolor físico como el psicológico, de tal forma que ninguna persona joven puede saberlo en realidad.

En la vejez surgen ciertos problemas anhelados y otros recientes. Algunos se relacionan con la renuncia; adaptación a las pérdidas del empleo, los amigos y el cónyuge; la posición complaciente de tener autoridad y el cuestionamiento de las antiguas capacidades; la reconciliación con quienes tienen significación en la vida y con los propios logros y fracasos; la resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia; mantener el sentido de integridad en términos de lo que uno ha sido en vez de lo que es, y el interés en la herencia y cómo dejar huellas de uno mismo (página 890).

Esta etapa se caracteriza también por actitudes del todo adaptativas en la vejez, aunque serían menos en la vida anterior. Neugarten y sus colaboradores al estudiar a personas de edad avanzada, encontraron una cierta paranoia adaptativa en la que la combatividad es una ventaja para la supervivencia (Neugarten, 1979), lo que sugiere que el enfrentamiento en la vejez puede ser un proceso distinto que en los años anteriores (Lieberman, 1978).

TRANSICIONES FAMILIARES Y CRISIS

Carter y McGoldrick (1980) observan que las familias, al igual que los individuos, pasan por ciertas fases predecibles (matrimonio, nacimiento del primer hijo, aparición de la adolescencia en los hijos), y que pueden ser enfrentadas también con eventos inesperados, como son problemas económicos y enfermedades. Al igual que las tareas del desarrollo en el individuo, cada nueva fase de la vida familiar requiere que sus miembros desarrollen nuevas habilidades y hagan ajustes para encarar nuevos retos. Además, la adaptación exitosa a cualquier etapa requiere que la familia haya dominado tareas anteriores.

El cuadro 3-2 hace un resumen de las etapas predecibles por las que atraviesa el ciclo vital familiar, e incluye temas y cambios requeridos en cada nivel de desarrollo. El cuadro puede ser útil en la etapa de crisis, ya que ofrece una perspectiva del desarrollo para muchas parejas y familias en crisis. Por ejemplo, muchos primeros matrimonios no son exitosos porque de inicio se utilizan a cabo para deshacerse de un sistema familiar que los tenía atrapados, o para asegurarse un refugio emocional que pueda sustituir la falta de realización dentro de la familia de origen (Goldemberg y Goldemberg, 1985). La falta de las habilidades necesarias para lograr relaciones interpersonales íntimas (tarea formativa para los adultos jóvenes) hace que sea muy alta la probabilidad de disfunciones y crisis en esos matrimonios.

A manera de síntesis de los postulados del cuadro 3-2 los "cambios de segunda instancia" para cada etapa apuntan hacia varias adaptaciones en la conducta y el pensamiento (visión del matrimonio, de uno mismo, expectativas familiares) necesarias para funcionar en el nuevo nivel de desarrollo. Cuando esas adaptaciones se dan de manera fácil, lo podemos denominar transición y no crisis. Cuando hay graves desorganizaciones, debido a la falta de habilidad, conocimiento u otros recursos, otros acontecimientos circunstanciales (nacimiento del primer hijo, pérdida del empleo, conflictos maritales) pueden

Cuadro 3-Z. Etapas del ciclo vital familiar

Etapa del ciclo vital familiar	Proceso emocional de transición: Principios clave	Cambios de segundo orden en el estatus familiar requeridos para proceder de un modo que propicie el desarrollo
1. Entefamilias: desapego de los adultos jóvenes	Aceptación de la separación de padres-descendientes	a. Diferenciación del sí mismo en relación con la familia de origen b. Desarrollo de relaciones de intimidad con compañeros c. Establecimiento del sí mismo en el trabajo
2. Coofonnació de familias mediante el matrimonio: Ja pareja de recién casados	Compromiso con un nuevo sistema	a. Formación de un sistema marital b. Reajuste de las relaciones con la familia política y los amigos para integrar al cónyuge
3. Familia con niños pequeños	Aceptación de nuevos miembros dentro del sistema	a. Adaptación del sistema marital para hacer espacio para el (los) hijo(s) b. Asunción de los roles de la paternidad c. Reajuste de las relaciones con la familia política para integrar los roles de padres y abuelos
4. Familia con adolescentes	Aumento en la flexibilidad de los límites familiares para dar lugar a la independencia de los hijos	a. Cambio de las relaciones padres-hijos para permitir a los adolescentes entrar y salir del sistema b. Reenfoco marital de la mitad de la vida y de los asuntos relacionados con la carrera c. Iniciación del cambio hacia las preocupaciones de la persona de más edad.
5. Desprendimiento de los hijos y abandono del hogar	Aceptación de multitud de salidas de y entrada al sistema familiar	a. Renegociación del sistema marital con un día b. Desarrollo de relaciones de adulto a adulto entre los hijos que ya han crecido y sus padres c. Reajuste de las relaciones para integrar a nuera, yernos y nietos d. Enfrentarse con la incapacidad y muerte de los padres (abuelo)
6. Familia en etapa avanzada de la vida	Aceptación de los cambios en los roles generales	a. Mantenimiento del funcionamiento propio y de la pareja y los intereses al encarar la declinación fisiológica; explotación de nuevas oportunidades para los roles familiares y sociales b. Apoyo para un papel más destacado de la generación intermedia c. Reajuste en el sistema para la sabiduría y experiencia de los de mayor edad; apoyo a la generación de los mayores, sin sobreprotegerlos d. Enfrentarse con la pérdida del cónyuge, parientes y otros compañeros, y preparación para la propia muerte. Revisión de la vida e integración

Fuentes: E.A. Carter y M. McGoldrick, "The Family Life Cycle and Family Therapy: A Review". En E.A. Carter y M. McGoldrick (editores), *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy* (Boston: Allyn and Bacon, 1980.)

precipitar la crisis. Como veremos en la parte II, la estrategia clínica es identificar esos resultados subyacentes del desarrollo, en la fase de evaluación

de la intervención en crisis.

CRISIS MASCULINA EN LA MITAD DE LA VIDA: REORDENACIÓN EN LA ESTRUCTURA VITAL

Uno de los estudios más llamativos del desarrollo del adulto es aquel que Levinson y sus colaboradores (1976) desarrollaron en la Universidad de Yale a principios de la década de 1970. En un intento por comprender un área relativamente inexplorada por los investigadores, el grupo de Yale entrevistó a 40 varones adultos (edades de 35 a 40), que incluían a 10 de 4 grupos ocupacionales (ejecutivos de negocios, trabajadores de la industria de nivel manual y ejecutivo, profesores de biología y novelistas). Con la pretensión de comprender mejor lo que conceptuaban como "transición de la mediana edad", Levinson y sus colaboradores entrevistaron a los sujetos por varias horas y organizaron la información dentro de una estructura del desarrollo del adulto. En tanto que la estructura de este estudio se basaba en un muestreo muy limitado (véase sección de investigación), los conceptos generados son importantes y tienen implicaciones de largo alcance para la intervención en crisis y, por tanto, merecen mayor atención en este capítulo. De este estudio, Levinson estableció la hipótesis de que la crisis en la mediana edad llega cuando los sujetos entrevistados cuestionaron o desafiaron sus propias estructuras vitales. Para comprender con más amplitud esta idea y sus implicaciones en la intervención, resumiremos brevemente la transición dentro de la que está inmersa.

La estructura conceptual de Levinson es congruente con la de estructura general de los sistemas para las crisis esbozada antes. Las etapas de la vida no son simplemente un desdoblamiento del proceso biológico o una secuencia de transiciones psicológicas, puesto que también se determinan por sistemas familiares, educativos y culturales. Levinson habla acerca de "una astringente concepción sociopsicológica de los periodos del desarrollo en el varón adulto, dentro de la que una variedad de relojes biológicos, psicodinámicos, culturales, social-estructurales y otros, operan sólo en sincronización parcial" (página 21). Esto es congruente con la idea de Neugarten (1979), en la que la oportunidad con que ocurren los sucesos particulares de la vida es crucial para determinar si un individuo experimentará una crisis o no.

Levinson estableció la hipótesis de cuatro etapas del desarrollo en el camino a la transición de la mitad de la vida. Abandonar a la Familia (AF) es una etapa que se inicia alrededor de los 16 o 18 años y termina a los 20 o 24, que abarca una transición entre la vida de adolescente (centrada en la familia) y la introducción al mundo adulto. Relacionada con el conflicto planteado por Erikson entre la identidad y la confusión de papeles, esta transición tiene aspectos externos como el abandonar el hogar familiar, menor dependencia económica de la familia, y tener nuevas funciones y relaciones. Esto también tiene aspectos internos, puesto que aumenta la diferenciación entre los padres y el yo, y una mayor distancia psicológica respecto a la familia. El AF casi siempre

comienza al terminar el bachillerato. Aquellos que ingresan a la universidad o a la vida militar, entran a una situación institucional nueva que, de alguna manera, es un intermediario entre la vida familiar y la de adulto. Sin embargo, los que transitan de modo directo desde el bachillerato hasta el trabajo, no tienen una matriz institucional para conformar la transición. Muchos hombres jóvenes en esta situación continúan con su vida en el hogar paterno por un tiempo, en un estado semilimitado, en el que viven su propia vida, mientras permanecen sujetos a cierta autoridad paterna.

El periodo del AF termina cuando se efectúa un cambio en el equilibrio entre la relativa conexión con la relativa separación de la familia, al tiempo en que el joven ha empezado a labrarse un lugar para sí mismo en el mundo del adulto.

Levinson y colaboradores (1976) designaron como "Penetración en el Mundo Adulto" (PMA) al periodo comprendido a principios de los 20 años y que se extiende de modo aproximado hasta los 27 o 29. Relacionado con el estado de intimidad del yo de Erikson contra el aislamiento, la ocupación total de esta fase es llegar a una autodefinición inicial como adulto, y moldear una estructura inicial de vida que proveerá un vínculo entre sí mismo y el más amplio mundo del adulto. Como Levinson y sus colaboradores observan, la estructura vital tiene aspectos externos que se refieren a patrones de actitudes, pertenencia a ciertos grupos, intereses, estilos de vida, metas y otros semejantes, con los que un individuo se relaciona y juega un papel dentro de la sociedad. Sin embargo, hay aspectos internos que se refieren también al significado personal que cada uno de estos aspectos tiene para el individuo. El lado interno de la estructura vital se refiere a valores, fantasías y otros parecidos. Esta estructura en este sentido proporciona un límite entre el sí mismo individuo y la sociedad. Es un medio con el que se ordenan prioridades y ejecutan varias decisiones vitales.

Algo que resulta dominante en el periodo PMA es el concepto del sueño. Los hombres, en la muestra de Levinson, entraron en la vida de adulto con un sueño o visión de lo que sería su futuro. A menudo se describieron en un ambiente ocupacional como grandes novelistas, ganadores del Premio Nobel, hacedores de alguna contribución para el bienestar humano y el sueño llegó a ser el punto principal en la comprensión de las transiciones en la vida del adulto, y en particular, las que se convirtieron en crisis. Éstas a los 30, 40 años o después, a menudo resultan ser transiciones en las que el hombre encontró su sueño irreal, insatisfecho o de alguna manera deteriorado por la realidad de los sucesos de la vida.

Concentrados alrededor de los conceptos de estructura vital y sueño, algunos hombres de la muestra escogieron una profesión y se reencaminaron después de un año o dos, en tanto que otros permanecieron inestables a lo largo de la década de sus 20 años, lo que más bien los condujo a un intento desesperado por encontrar alguna dirección a la edad aproximada de los treinta. Esta edad de transición puede acompañarse por un trastorno considerable y confusión, o podría implicar una reevaluación más apacible e intensificación de esfuerzos.

El Asentamiento (A), comúnmente comienza a principios de los 30 y se prolonga al final de éstos o principios de los 40. Este periodo se caracteriza por la combinación paradójica de orden, estabilidad, seguridad y control, por un lado, y un deseo de "quitar todos los obstáculos" y "hacerla" en la profesión, por otro. El ejecutivo tiene que entrar a la estructura social a la edad de los 50 o tener como ingreso al menos 50 mil dólares anuales por ese tiempo; el profesor

asistente tiene que obtener la titularidad a los 40, y así sucesivamente. Kennedy (1978) describe el final de los 30 con la frase "detengamos la pérdida de tiempo y apurémonos", lo que tiene un sentido de apremio para la realización de las metas establecidas en la década de los 20 años, y provocar que los sueños se hagan realidad.

La fase siguiente, Llegar a Ser Dueño de Uno Mismo (LSDUM) ocurre a finales de los 30 (de modo típico entre los 35 y 39, en la muestra de Levinson)

— }' representa un punto imrowite en la tempranaxiflaadulta. Comienza.coauna-conciencia de frustración en la que no importa lo que el hombre haya cumplido hasta el momento, de cualquier manera él siente que no es dueño de sí de modo suficiente. El escritor se siente dependiente y restringido por su editor; el ejecutivo que es muy controlado por la compañía; el desposeído miembro de la facultad se pregunta cuándo será libre de las restricciones y demandas para condescender con la universidad y sus deseos.

Dominante en el concepto de convertirse en un hombre dueño de sí mismo está la idea de separación de nuestro mentor. Según Levinson, un mentor casi siempre es una persona de 8 a 15 años mayor que el hombre en cuestión y funge como su asesor, maestro y protector. Es el que lo inicia en el mundo ocupacional al mostrarle su entorno, compartirle su sabiduría, brindarle una retroalimentación crítica y proporcionar protección para la realización del hombre más joven. La fase LSDUM se caracteriza por la separación del mentor, una ruptura causada por el incremento del conflicto entre éste y su pupilo, lo que da lugar en muchas ocasiones a sentimientos intensos de amargura, rencor, aflicción, arrebato y otros. Es un proceso de separación de quien ha sido responsable de enseñar en los años anteriores, una separación necesaria para que el hombre joven se sienta realmente "dueño de sí mismo". (El concepto de Levinson es que al parecer resulta imposible para una persona convertirse en mentor, a no ser que ella misma haya sido un pupilo.) De modo más amplio; es la cualidad del mentor de cuidar y ayudar a los jóvenes, lo que proporciona el núcleo para, como observa Levinson, la etapa de generatividad del yo de Erikson contra la de estancamiento en la edad adulta.

Durante la LSDUM los hombres del modelo demostraron desesperadamente su deseo de afirmarse en la sociedad en los papeles que ellos valoraban más. Tratando de alcanzar un objetivo importante que es signo de progreso hacia la independencia del sueño. ¡>odá set un ascenso a cierto nivel en la compañía, escribir un *best seller*, o logi'at un reconocimiento nacional como científico. "Puesto que el tumbó y el éxito de este suceso clave toma varios (quizá de 3 a 6) años en desarrollarse, muchos hombres alrededor de los 40 parecen vivir, como uno de los sujetos en estudio expuesto, en un estado de mirarte apatético. Durante el curso de la espera, el próximo periodo se pone en marcha; (véase p. 25).

La Transición de la Mitad de la Vida (LMV) sufre un límite entre la orientación hacia el futuro (estado estable de gran actividad) de la década de los 30 años y una vida hacia el futuro de los 40. En este punto ¿qué los conceptos de la estructura vital, (los sueños y el sí mismo, como Wetgen plantea) influyen en la transición en la vida que puede convertirse en crisis. A los 40, la mayoría de los hombres tienen suficiente experiencia como para comenzar de modo consciente sus vidas y la estructura de la vida. El problema entonces no es aquí que alguien haya tenido éxito o fracaso en su realización (de sus proyectos), sino

en la experiencia de disparidad entre lo que ha obtenido mediante su sueño, estructura vital y conducta, por una parte, y lo que en realidad desea para sí mismo, por otra. Levinson describe esta disparidad como estar entre "lo que he alcanzado hasta este momento" y "lo que realmente quiero". Esto, a su vez, conduce a una búsqueda sobre "qué es lo que quiero en realidad".

Otra manera de entender esta disparidad es hablar sobre un ajuste deficiente entre la estructura de la vida y el sí mismo (Levinson y colaboradores, 1976):

Un hombre puede hacer las cosas bien hasta el extremo para conseguir sus metas, y encontrarse con que su éxito le deja una sensación de vacío o un gusto agrio. Si después de fallar en algo de importancia él es el primero en culparse por no ser capaz de "hacerla", se puede decir que está pasando por momentos difíciles, pero no por una crisis de mitad de la vida. Sólo lamenta el fracaso. Él estará en crisis en la medida en que se cuestione su estructura vital y sentimiento: ¿os poderosos muevan fuerzas dentro de su ser, que lo lleven a modificar o a cambiar de modo drástico la estructura de su vida. (página 24.)

Levinson indica otras concomitantes de las crisis de la mitad de la vida: a) Hay un sentido de deterioro corporal y conciencia de la propia mortalidad hasta este periodo; b) hay un sentido de envejecimiento, too él sentimiento de estar más viejo en vez de joven, y de pensar en términos del tiempo que falta por vivir más que en el que se ha vivido; c) existe una conciencia de los aspectos negados de sí mismo, denominados los "aspectos femeninos" por Levinson y sus colaboradores. En años anteriores, cuando la masculinidad predominaba, lo mismo que el tener éxito en el mundo del adulto era la meta, la ternura y la protección eran aspectos del propio ser que se habían negado,

Durante el periodo de la mitad de la vida existe con frecuencia un florecimiento de fantasías sobre diversas clases de mujeres, en especial de figuras maternas (estructura y/o destructiva) y otras más jóvenes, eróticas figuras. Estas fantasías no representan una simple adopción de la vida, una oleada final de la licivicia, autolimitada o de dependencia (aunque pueden tener en parte estas cualidades). Los cambios en las relaciones con las mujeres pueden también implicar los principios de un esfuerzo para el desarrollo, la dirección de este esfuerzo es liberarse uno mismo, de modo más completo, del dominio de las relaciones madre-hijo y emplear las propias relaciones internas con el femenino erótico transformativo, como un individuo para restablecer las heridas psíquicas y aprender a amar aspectos del sí mismo subconscientes en la vida. La relación vital (véase p. 25).

En este punto importa la conciencia de una estructura vital, que deja parte del sí mismo incumplir. Como se señaló en el párrafo anterior, la relación con la vida en la mitad de la vida con frecuencia se relacionan con el descubrimiento de los aspectos del sí mismo negados en otros tiempos. Cuando sucede, por ejemplo, con él ejercicio que se ama o de su secretaria y le resulta difícil separarse de él mismo (¡no limitados, pensamientos, tendencias) que él no hace previos; antes en la relación con su esposa. La reorientación en este punto importa la conciencia de la estructura vital (enmendarla o modificarla) para la integración actual de la vida.

El concepto de Levinson sobre la crisis en la mitad de la vida (el cuestionamiento de la estructura vital) ofrece un modelo para la valoración y

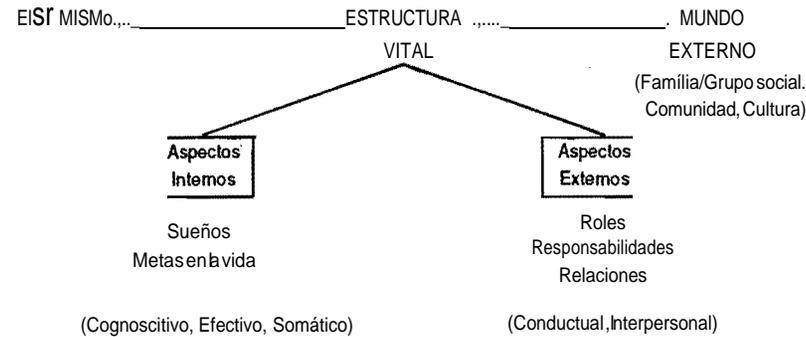


Figura 3-1. La crisis como un desafío a la estructura vital.

tratamiento de las crisis del desarrollo, definio de un modo más amplio. En su aspecto interno (los sueños, sentido del sí mismo), ello propone que examinemos las metas, aspiraciones, esperanzas y expectativas del individuo en el camino hacia la comprensión de lo que un suceso particular significa para él en una situación de crisis (Laplan, 1971). En sus aspectos externos, este concepto permite la investigación de los papeles y responsabilidades, relaciones familiares, amistosas, alternativas de trabajo y pasatiempos del individuo. En el capítulo 2, subrayamos la importancia de comprender cualesquiera crisis individuales en el entorno de la familia, la comunidad y las variables sociales. El concepto de estructura y el mundo externo (aspectos externos). Como veremos en nuestro análisis del procedimiento de la terapia en crisis, y por medio de casos ejemplificativos, la estructura de Levinson exige una evaluación del rango completo de variables importantes, y propone los pasos a seguir en la resolución de la crisis: por ejemplo, la modificación de las fantasías (¿un nuevo sueño?), cogniciones transformadas, una nueva conducta (en los papeles) y el estilo interpersonal (relaciones con el cónyuge, los amigos y semejantes) (figura 3-1).

IMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN

Una atención más cercana a la perspectiva de desarrollo esbozada en este capítulo, reditúa diversas implicaciones prácticas para el proceso de intervención en crisis. Si bien la brecha entre investigación y práctica es aún muy grande, es posible brindar a los profesionales del campo sugerencias fehacientes del conocimiento existente.

Primero, hay pautas de evaluación:

1. Considerar la posibilidad de que el suceso precipitante para cualquier crisis puede estar inmerso en el intento del paciente (o de su familia) por tratar de resolver las tareas para el desarrollo. Por ejemplo, un estudiante universitario de 20 años que se derrumba al saber que todas sus solicitudes para la escuela de medicina han sido rechazadas, se enfrenta a más que a la posible pérdida de una meta irracional. La desorganización y el

trastorno alcanzan su máxima potencia en el entorno de las actividades del desarrollo en la adolescencia tardía, mismas que abarcan la elección de una carrera. Como verificación del aparente azar de los sucesos de crisis, éstos deberían estudiarse bajo la luz de las preocupaciones en el curso de la vida de los cuadros 3-1 y 3-2.

2. Para ser más específicos, ya que la crisis puede presentarse mediante algunas dificultades con la ejecución de las tareas de una etapa particular, se debe buscar las carencias que podrían contribuir a crear la dificultad: habilidades, conocimiento, disposición para correr riesgos, recursos materiales y sociales y apoyos.
3. Descubrir cómo el individuo percibe este suceso precipitante. ¿La persona se siente fuera de fase o "a destiempo" con las expectativas sociales (tener hijos, éxitos profesionales y otros semejantes)? ¿Cuáles son las percepciones de la persona acerca de los relojes sociales y psicológicos (Neugarten, 1979)?
4. ¿Qué impacto en la familia y amigos tendrá la lucha de un individuo por alcanzar el desarrollo? Una mujer elige regresar a la escuela o internarse en los negocios, ¿podría precipitar adaptaciones para su esposo y sus hijos adolescentes en su hogar. ¿Están ellos preparados para estos cambios?
5. ¿Cómo se ajustará este cambio externo de la madre al mundo de los negocios con la autoimagen del marido y su estructura vital, la que también puede estar sometida a un cambio, aunque en dirección contraria?
6. ¿Cuál es el papel de las cambiantes expectativas comunitarias en el curso de la crisis de un individuo? Convertirse en un homosexual identificado públicamente podría ser una crisis para un muchacho de 20 años en una pequeña comunidad rural, lo que sería sólo una transición si él viviera en un gran centro urbano.
7. ¿Cómo se relacionan las expectativas pasadas y las previsiones del individuo con la crisis? ¿Qué creía un jubilado de 65 años sobre la jubilación antes de sufrirla? ¿Qué había hecho, si lo hizo, a manera de preparación?

Explorar la posibilidad de la estructura vital como un concepto para ayudar a la organización de la información sobre la crisis. Es posible, por ejemplo, reunir datos bajo las cinco modalidades CASIC de la personalidad (conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva), en tanto ellas se relacionan con el concepto de la estructura vital de Levinson. Los sueños y las metas para la vida en una persona se reflejarán en la modalidad cognitiva. De igual manera, las relaciones con sus mentores y otras características externas de papeles de la estructura vital, producen información sobre las modalidades conductuales e interpersonales. El tratamiento puede tomar la forma de ayuda a la persona para reconocer en primer lugar los retos en curso para la estructura vital y para moldear nuevos y más apropiados "límites" entre el sí mismo y el mundo externo. Algunos pacientes pueden necesitar entrenamiento en nuevas habilidades al servicio de la creación de un trabajo para realizar una nueva estructura vital (mayor asertividad, o el manejo del tiempo en la superación profesional). Otros necesitarán apoyo y orientación al tomar riesgos en la realización de los saltos para el desarrollo. Para otros, la necesidad principal será comprender las relaciones terapéuticas dentro de las que pudieran expresarse y

explorar sentimientos intensos relacionados con la realidad de que una estructural vital en curso ha dejado insatisfecha por algún tiempo una buena parte del SI mismo.

Durante las sesiones de consejería, podría ser fructífero el asentar que una crisis particular pudiera ser reflejo de la lucha del paciente con los conflictos del desarrollo. La oportunidad y la forma de presentación son muy importantes aquí. En ciertos momentos, los individuos de modo simple no quieren escuchar que pueden estar atravesando por una fase del desarrollo. Por otra parte, si es claro que un individuo está preocupado por temores acerca de que la perturbación en curso sea un signo de estar "loco" o enfermo, entonces la introducción de nuevas clasificaciones puede significar un adelanto en el dominio cognitivo de la crisis por parte del individuo. La idea de que el trastorno grave y el dolor emocional son en realidad partes de una transición normal de una etapa a otra, puede ser muy reconfortante. Una discusión con el jefe, por ejemplo, puede ser comprendida como un suceso que, de manera psicológica, tiene que ver con la separación de un mentor. Lo que parece el fin del mundo, podría entenderse entonces como un nuevo principio en virtud del lenguaje y la estructura conceptual utilizados.

Otras consideraciones para introducir el lenguaje del desarrollo en las sesiones de orientación/terapia incluyen lo siguiente:

1. El concepto de fase o etapa no se considera una "excusa" para diversos sentimientos o ciertas conductas. Los individuos son aún responsables de lo que piensan, sienten y hacen. La perspectiva del desarrollo simplemente coloca la desorganización en curso del paciente dentro de un contexto de crecimiento.
2. Piensen la perturbación y crisis en un entorno de desarrollo es subrayar el resultado constructivo en potencia de la experiencia de crisis. Un libro popular sobre la crisis en la mitad de la vida tiene por subtítulo "*Fresh Starts After Forty*" (Mayer, 1978), implicando que una gama de nuevos comienzos positivos pueden surgir a partir de un momento de perturbación y trastorno.
3. Pueden utilizarse algunas otras metáforas para describir el proceso. Todo esto no difiere de la idea de un renacimiento o de una mariposa que sale de su crisálida. Algunos lo describen como el desecho de la ropa vieja, y el adquirir un nuevo guardarropa para enfrentar nuevas posibilidades, o como deshacerse de un par de esquís demasiado pequeños y comprar un par más apropiado para nuevos desafíos. Otros encuentran útil comparar las crisis transicionales en los adultos con la perturbación que experimentan los niños pequeños durante el destete, o el sufrimiento que acompaña a los saltos para el desarrollo en la infancia (Caplan, 1973).

Al ofrecer cualesquiera de estas analogías, el simple propósito es proporcionar otra imagen o cognición para explicar la situación en curso, una alternativa apreciada al médico o las proyecciones orientadas hacia la enfermedad que los pacientes a menudo utilizan para interpretar sus propias crisis.

Prevenir al paciente en crisis contra la realización de súbitos compromisos a largo plazo durante el trastorno de una crisis para el desarrollo. El ejecutivo que se enamora de su secretaria en la mitad de la vida puede, según los datos de Levinson, estar "enamorado" tanto por cómo la relación se asocia con

aspectos negados del sí mismo como por el deseo de una nueva relación de larga duración. Abandonar a la esposa y familia, o iniciar los trámites del divorcio demasiado rápido, podrían bien, ser motivo de arrepentimiento más tarde. En tanto se revelan nuevos aspectos del yo, el individuo puede encontrar que la nueva relación es temporal, y que después de las discusiones/confrontaciones, las oportunidades para reorientar viejas relaciones existen donde en principio parecía no haberlas. En conclusión, las decisiones a largo plazo (divorcio) deberán evitarse hasta que se haya realizado una amplia exploración, y hasta que haya transcurrido una cantidad razonable de tiempo como para poner a prueba los sentimientos, tensiones y nuevas direcciones posibles.

Por último, todos los análisis y conexiones sugeridos entre los sucesos precipitantes y las preocupaciones en el desarrollo, deberán ser tentativos y ofrecerse a los pacientes para su consideración y observar cómo creen éstos que podrían adaptarse a una situación particular. Encasillar a un paciente, o forzar su experiencia dentro de una estructura, puede concluir sólo a la alienación en la relación terapéutica y a la resistencia. La actitud del terapeuta necesita ser la de comprobar hipótesis, o generar y contribuir a posibles caminos para conceptualizar la situación, eón los datos extraídos de la experiencia de un individuo, para luego influir sobre los resultados.

En este mismo sentido existe un riesgo muy real para el consejero, quien está informado sobre las etapas y las preocupaciones del desarrollo, para, de modo inadvertido, apoyar sólo los enfoques normativos o tradicionales de la vida, para dejar un pequeño espacio para las diferencias y variaciones individuales. Fiske (1979) propone que patamuchagente no son preocupaciones comunes (cuadro 3-1) las que conducen a la crisis, sino más bien sus propios indicadores del desarrollo (enamorarse o realizar una meta particular). Como se mencionó, el consejero para la crisis necesita ayudar al paciente a entenderse a sí mismo, con más frecuencia bajo la luz de las normas biológicas y sociales aunque no con la visión detar atado a ellas.

En resumen, una perspectiva para el desarrollo sobre las crisis vitales aporta diversas implicaciones clínicas específicas, que ya se señalaron. Encontrar en los que la atención a estos problemas enriquece los aspectos de la evaluación y del tratamiento del modelo amplio de intervención en crisis, presentado en los capítulos 5 a 9. •

Crisis circunstanciales en la vida

4



demaduración; muchas son por completo imprevisibles. La pérdida de toda una familia en un accidente automovilístico, la leucemia en un niño de ocho años, la violación, el ser tomado como rehén bajo amenaza de muerte: sucesos como éstos son los que se denominan crisis circunstanciales. La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante (inundación, ataque físico o la muerte de un ser querido, por ejemplo) tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se halla. Las crisis circunstanciales pueden afectar, de modo virtual, a cualquiera, en cualquier momento.

Las características principales de las crisis circunstanciales son:

1. Aparición repentina. En tanto que la lucha con los conflictos del desarrollo, por lo general, se desenvuelve en el curso de algunos años, las crisis circunstanciales parecen atacar todas al mismo tiempo, desde ninguna parte.
2. Imprevisión. En tanto que individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida, y, de ese modo, prevenir una crisis, pocos son los que están preparados para una crisis circunstancial o que creen que ésta les pueda ocurrir. En la mayor parte de los casos, la gente tiende a pensar que "eso le sucedería a alguien más".
3. Calidad de urgencia. Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia comienzan como urgencias que requieren de acción inmediata. Las estrategias de intervención en crisis deben, por consiguiente, permitir que las prioridades sean evaluadas de modo rápido, y que ello sea seguido de la ejecución de pasos de acción apropiados.
4. Impacto potencial sobre comunidades enteras. Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas de modo simultáneo, y se requiere la intervención en grandes grupos de personas en un

periodo relativamente corto. Un desastre, como sería un incendio o un accidente de aviación, puede dejar cientos de sobrevivientes, parientes y amigos, todos en una lucha por enfrentar la pérdida correspondiente, en las siguientes semanas y meses.

S. Peligro y oportunidad. En tanto que el peligro puede ser la principal distinción de las crisis circunstanciales, debemos recordar que, de la desorganización que sobreviene, debe surgir con el tiempo alguna forma de reorganización. Ésta tiene el potencial de trasladar a la persona y su familia a niveles más altos o más bajos de funcionamiento. En principio se vislumbra que el crecimiento resultante de algo tan traumático como una agresión física, una violación o la pérdida de un ser querido, parece algo demasiado irreal. Sin embargo, puesto que estos sucesos exigen nuevos métodos de enfrentamiento y proporcionan la ocasión para analizar y reelaborar conflictos personales no resueltos en el pasado, es posible para un individuo emerger mejor dotado para enfrentar el futuro después de la crisis, que antes de ella.

Al seguir la orientación de Lindemann (1944), muchos profesionales pudieron rendir informes sobre las reacciones de los individuos y sus familias ante las crisis circunstanciales. El cuadro 4-1 sintetiza diferentes artículos representativos de una vasta literatura referente a las crisis circunstanciales. Por considerarse más conveniente, los tipos específicos de crisis se agruparon bajo encabezados de mayor trascendencia, como los de "Salud", "Muerte intempestiva", "Crimen" y otros, aunque algunos temas encajarían bien en más de uno de los encabezados (por ejemplo: "Violencia en el hogar" podría colocarse en los encabezados de "Familia" o "Crimen"). Analizaremos ejemplos ilustrativos para cada uno de estos importantes encabezados, y seguiremos con una lista de implicaciones para la intervención. Este material servirá de base para la descripción del modelo amplio descrito en la parte II de este libro.

SALUD

Los practicantes de la medicina reconocen con facilidad que el bienestar físico y el psicológico están íntimamente relacionados. Entre los avances más importantes de esta área, se han hecho investigaciones acerca de la relación entre los sucesos de la vida y el estrés (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Holmes y Rahe, 1967). De modo más amplio, Cousins (1979) y otros consagraron su atención a la sensibilización de los médicos sobre las actitudes de los enfermos en el tratamiento de la enfermedad. Simonton y sus colaboradores hicieron un estudio importante acerca del cáncer y su tratamiento, a partir de la hipótesis de que ciertos tipos de males cancerosos evolucionan debido a que los linfocitos vitales interactúan con actitudes psicológicas y, como tanto, interfieren con el sistema inmunológico del organismo (Simonton y otros, 1978). En tanto que esta perspectiva de investigación puede no ser muy aceptada en la comunidad médica, algunos profesionales no aceptarían el papel determinante del estrés en la exacerbación de diversos trastornos físicos.

cuadro 4-1. Crisis circunstanciales

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias
Salud	Cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedades que amenazan la vida, discapacidad física	Enfermeras, médicos, clero, miembros de la familia, empleadores, madres	Enfermedad/discapacidad general Bahr (1980) Bryant (1978) Bunn y Clarke (1979) Faust y Caldwell (1979) Hodgin (1984) Kerr (1986) Kopel y Mock (1978) Kupst (1986) Lane (1976) Levinson (1976) Liegner (1986-87) Melamed y Bush (1986) Sourkes (1977) Spink (1976) Thornhill (1984) Winder (1978)
			Cáncer Capone, Westie, Chitwood, y otros (1979) Edland (1982) Manos y Christakis (1985) Messerli, Garamendi, Romano (1980) Sellschop, Ludeke, Haertel (1981) Simonton, Matthews-Simonton, Creighton (1978) Spiegel, Bloom, Yalon (1981) Vachon (1979) Van Dongen-Melman, Pruyn, Van Zanen, Sanders (1986)
			SIDA Buhrich (1986) Farr (1985) Lopez y Getzel (1984) Lopez y Getzel (1987) Moulton, Temesbek, Mandel (1987)
			Cirugía Auerbach y Kilmann (1977) Lindemann (1985) Kimbrell y Slaikau (1981)

CUadro 4-1. Crisis circunstanciales (continuación)

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias
	Accidentes		Broadbead (1986) Friedman y Hart (1984) Pierson (1982) Rogers (1984)
	Quemaduras		Bemstein, Breslau, Graham (1988) Breslau (1977) Vandeplate (1984) Wisely, Masur, Morgan (1983)
	Defectos congénitos		Barsch, Moore, Hamerlynck (1983) Fanel (1977) Fortier y Wanlass (1984) Hancock (1976) Parks (1977) Piper (1982) Spink (1976) Stanko (1973)
	Embarazo, infertilidad, aborto		Gerrard, McCann, Geis (1983) Batterman (1985) Bresnick (1981) Joy (1985) Albino y Tedesco (1983) Rickel, Forsberg, Gerrard, Iscoe (1983)
	Alcoholismo y drogadicción		Brown y Stickgold (1976) Cohér (1977) Eddy, Stils'on, Morason, Martin (1984) Ellison (1985) Twemlow y Bowen (1979)
Muerte inesperada	Accidente mortal, enfermedad mortal, homicidio, suicidio	Enfermeras, médicos, clero, miembros de la familia, personal de los servicios de urgencia	Síndrome de muerte infantil repentina DeFrain y Lowman (1979) May y Breme (1982-83) Tyn:ll (1985) Muerte de un ser querido Arena, Hermano y Hoffinan (1984) Bugen (1979)

Cuadro**4-1. Crisis circunstanciales (continuación)**

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias
	Administradores, funcionarios, policía	Muerte de un ser querido (conlil luación)	Caplan (1976) Carey (1977) Chesser (1981) Christensen y Harding (1985) Dubin y Samoff (1986) Kellner y otros (1981) Lindemann (1944) Meyer (1988) Parkes (1970) Swetland y Calboun (1980) Vacon (1979) Walker (1977) Weisman (1976) Westoott (1985) Wortman y Silver (1987)
		Homicidio	Collison y otros (1987) Humbrey y Palmer (1986-1987) Pynoos (1984)
		Suicidio	Bamett (1982) Bhatia y otros (1986) Butler y Statz (1986) Dryden y Jones (1986) Ishii (1981) Martín y Dixon (1986) Neimeyer y Hartley (1986) Pollard (1986) Saffer (1986) Sharlin y Shenhar (1986) Sbneidman (1987) Silberfeld, Streiiler, Ciampi (1985) Tisbler y otros (1981) Turgay (1982) Valente (1985) Walker y Mebr (1983)

Cuadro 4-1. Crisis circunstanciales (continuación)

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias
Crimen: víctimas y delincuentes	Asalto (robo con violencia, violación); violencia doméstica (agresión maltrato a los hijos y cónyuge); encarcelamiento/liberación de los delincuentes	Policía, enfermeras, médicos, vecinos, miembros de la familia, clero, abogados, libertad condicional/vigilada, funcionarios públicos, servicios sociales (trabajadores de)	Violencia doméstica
			Agresión sexual
			<p>Felthouse (1983). Follingstad (1977) Celles (1972; 1976) Hughes (1986) Hughes y Barad (1982) Kelly y Loesch (1983) Lloyd y otros (1983) Loseke y Berk (1982) Maidment (1983) Mullen y Ciljtoji (1983) Shapiro (1982) Steinmetz y Straus (1974) Straus (1973; 1976) Traicoff (1982) Walker (1978)</p> <p>Bassuk y Apsler (1983) Beckerl y otros (1984) Binder (1981) BurgessyHolmslrum(1979) DiVaste (1985) Forman (1980) Frieze (1987) Juda (1985) Kíng y Webb (1981) McCombie (1980) Orzek (1983a) Orzek (1983b) Roehl y Gray (1984) Ruch y Chandler(1982) Shanna y Cbeatbam (1986) Stewart, Hughes, Frank y otros (1987) Sutherland y Schertl (1976) White y Rollins (1981)</p> <p>Abuso sexual en niños</p> <p>Belsky (1980) Borgman y MacDicken (1979) Brown (1979) Dawson (1984)</p>

Cuadro 4-1. Crisis circunstanciales (continuación)

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias
			<p>Abuso sexual en niños (continuación)</p> <p>Devoss y Newlon (1986) Funk (1981) Fumiss (1983) Germain, Brassard y Hart (1985) Grayson y McNulty (1982) Hanson y Pascoe (1985) Hartman y Burgess (1986) Helfer y Kempe (1976) Horowitz (1985) Johnson (1987) Mudry (1986) Oir y Downes (1985) Orzek (1985) Pardeck y Nolden (1985) Parke (1977) Roberts (1986) Sesan y otros (1986) Summit (1983) Swift (1986)</p> <p>Encarcelamiento/libertad condicional</p> <p>BeckstrOJTI (1984) Bonta y otros (1983) Eisikovit y Guttman (1987) Harris (1986) Hooper y McCance (1983) Jorgensen, Hernandez y Warren (1986) Kantor (1978) Slaikeu (1977) Speer(1974) Stratton (1974) Thompson (1984)</p>
Desastres naturales y provocados	Incendio, inundación, tomado, huracán, accidente nuclear, accidente aéreo	Trabajadores de los servicios de emergencia, policía, abogados, equipos de salud mental de alcance externo, medios de comunicación	<p>Naturales</p> <p>Bimbaum, Caplan y Scharff (1976) Gleser, Green y Wíngel (1981) Lazarus y Cohen (1978) Murpby (1984) Powdl y Penick (1983) Warheit (1976)</p>

Cuadro 4-1. Crisis circunstanciales (continuación)

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias							
Provocados	Beales (1981) Gist y Stolz (1982) Gleser y otros (1981) Hoiberg y McCaughey (1984) Levine (1982) Lifton y Olson (1976) Schaar (1980) Titchener y otros (1976)		Beales (1981) Gist y Stolz (1982) Gleser y otros (1981) Hoiberg y McCaughey (1984) Levine (1982) Lifton y Olson (1976) Schaar (1980) Titchener y otros (1976)							
				Residuos nucleares y tóxicos	Bawn (1987) Bawn y otros (1983) Brome! (1980) Bromet y otros (1986) Davidson y otros (1986)	Bawn (1987) Bawn y otros (1983) Brome! (1980) Bromet y otros (1986) Davidson y otros (1986)				
							Accidentes aéreos	Anderson (1988) Black (1987) Butcher (1980) Butcher y Hatcher (1988) Williams y otros (1988)		
									Reacciones psicológicas	Auerbach y Spirito (1986) Baum (1987) Crabbs y Heffron (1981) Dynes y Quarantelli (1976) Fraser y Spicka (1981) Golan (1982) Shuchter y Zisook (1984) Singer (1982)

Cuadro 4-1. Crisis circunstanciales (continuación)

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias						
Guerra y bechosrelacionados	Invasión u otras acciones militares, toma de rehenes, prisioneros de guerra	Personal del área de la salud, c a p e l l a n e s , de familias, psicoterapeutas, representantes gubernamentales	Preparación de equipos de respuesta (continuación) Michael, Lurie, Russell y Unger (1985) Raphael (1984) Zakariya (1985)						
				Rehenes y terroristas	Frederick (1987) Lowe (1987) Pergamenter (1982) Sank (1979)				
						Sobrevivientes de campos de concentración	Epstein (1980) Davidson (1980) Goldwasser (1986)		
								Familia y economía (inflación, desempleo), bi- divorcio	Amigos, personal del área de la salud, empleadores, supervisión, separación/res, abogados, clero, consejeros
				Separación/divorcio	Blinder (1982) Cantor (1977) Coogler (1978) Counts y Sacks (1985) Crossman y Adams (1980) Davidoff y Schiller (1983) Drake (1979) Goldman y King (1985) Granvold y Tarrant (1983) Hassall y Madar (1980) Hillaid (1984) Kessler (1978)				

Cuadro 4-1. Crisis circunstanciales (continuación)

Categoría general	Incidentes circunstanciales	Recursos clave	Referencias
	Separación/divorcio (continuación)		Kraus (1979) Kurdeck y Berg (1987) Long y Forehand (1987) Schwartzberg (1980) Stolberg, Kiluk y Garrison (1986) Wallerstein y Kelly (1980) Weingarten y Kulka (1979) Weiss (1979)
	Violencia doméstica		Véase crimen
	Abuso sexual en niños		Véase crimen
	Laborales económicos		Blundell y otros (1986) Cramer y Keilel (1984) Fagin (1979) Ginsburg y Ginsburg (1983) "Luti y Weeks (1985) Myers (1986) Tunay (1983) Weaver (1984)

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones corporales son acontecimientos que les afectan la capacidad del individuo y su familia enfrentarlos y adaptarse. Como se indica en nuestra lista de acontecimientos de las crisis, en el capítulo 2, sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave, una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo o incapacidad física, poseen el potencial para considerarse como una pérdida, amenaza o desafío, pues lo que la enfermedad o las heridas físicas pueden provocar que las metas en la vida se vuelvan inalcanzables o aun amenazar a la vida en sí misma. El modo se interpretan los sucesos y de modo especial en relación con la autogestión y los planes a futuro- y cómo se realicen los ajustes de comportamiento serán fundamentales para el curso esencial de la resolución de la crisis.

El relato personal de Betty Rollin (1976) acerca de sobrevivir a un diagnóstico de cáncer de pecho, una cirugía y a la recuperación de esa, resulta excelente crónica de 15 etapas por las cuales se puede esperar que pasará un individuo. (El libro se llama, de manera adecuada, *First you cry*). Se ha mencionado la investigación con respecto a los pacientes con cáncer en un momento para determinar si la preparación (información acerca de lo

que pasará, y su impacto) facilita o no la posterior cicatrización física y psicológica (Andrew, 1970; Cohen y Lazarus, 1973; DeLong, 1971). Estos estudios muestran que el hecho de que la información sea útil o no depende de la manera típica con que el individuo se enfrenta al estrés. Las personas que tienden a negar o evitar las situaciones tensionantes no obtienen beneficios a partir de la información acerca de la cirugía y su impacto. Por otra parte, aquellos con una historia de enfrentamiento de los problemas, se benefician de manera directa con la información sobre la inminente experiencia dolorosa. La investigación subraya la necesidad de estrategias para la intervención en crisis que tomen en cuenta estas diferencias individuales en los estilos de enfrentamiento.

Kimball y Slaikeu (1981) analizaron la literatura acerca de las enfermedades crónicas; con un énfasis particular en las intervenciones que refuerzan el bienestar fundamental, antes que el desarrollo de un papel de enfermo. El síndrome de enfermedad crónica es uno de los posibles resultados de una crisis seguida por una enfermedad grave. La intervención en crisis se enfocó en ayudar a estos pacientes y sus familias para: a) el uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad abrumadora en los albores de la enfermedad), b) el desarrollo de estrategias efectivas de enfrentamiento para las secuelas de la enfermedad (búsqueda de una vida modificada, pero no dominada por la enfermedad), a partir de una amplia variedad de intervenciones, que incluyen apoyo, reestructuración cognoscitiva y consulta familiar. Este planteamiento anima a los practicantes de la medicina a apartarse de la atención exclusiva de la enfermedad y sus efectos negativos, y a orientarse hacia aquella en el entorno de la más amplia experiencia vital (Hammer y Shontz, 1978; Kling, 1980; Miles, 1979; Susman y Ottos, 1980).

El trabajo con niños que padecen cáncer proporciona un ejemplo gráfico de cambio en el énfasis. Antes que someterlo a la preocupación por la muerte inminente, el énfasis se pone en cómo la familia enfrenta la enfermedad y cómo el niño trata con ella, para, de este modo, incrementar al niño la adaptación de la familia y el niño (Eiser, 1979). Numerosos artículos proponen enfoques de tratamiento para las familias de pacientes con cáncer (Kopel y Mock, 1978; Winder, 1978). Las intervenciones se basan en la premisa de que un cambio en parte del sistema familiar -por ejemplo, el cáncer de un hijo- debe resentirse de igual modo en los demás aspectos del sistema. Bahnson (1975) describe así la situación:

Siempre que un individuo está en una fase terminal de enfermedad y se desliza fuera de las relaciones estrechas con el resto del sistema familiar, éste siempre trata de restablecer el equilibrio al redistribuir las cargas de afecto y hostilidad entre los miembros restantes de la familia. Tanto los sentimientos de amor como los de aversión. Lo mismo que las actitudes de manipulación o dependencia, a menudo se quedan "sin hogar" cuando un miembro de la familia entra en fase terminal de la enfermedad, y ya no está disponible como antes para el sistema familiar. Los miembros de éste que dieran o recibieran afecto y amor del elemento de la familia en fase terminal de enfermedad, deben ahora buscar a otros, hacia quienes descargar, o de quienes recibir estos afectos y emociones (página 306).

El papel del asistente extremo se convierte en el de alguien que ayuda a la familia a manejar de modo constructivo estos cambios.

Bryant (1978) pone énfasis en la importancia de las figuras clave en el entorno del niño y en cómo las mismas pueden facilitar la rehabilitación. Al dirigirse a los maestros de escuela, Bryant establece:

Recuerda que, como maestro, tú tienes un lugar especial. Tú representas el mundo del niño; eres un oasis para él. Los doctores y enfermeras traen consigo las pírringas y aparatos; los padres del niño fluctúan entre lágrimas y angustia. Y tú, de cualquier modo, conoces ese mundo cotidiano del niño. Eres parte de su interés y comunidad social. Tú, más que muchos, puedes mostrarle la imagen de su mundo anterior con tus Visitas, noticias del aula y asignaciones ocasionales de trabajo (páginas 239-240).

El diagnóstico de discapacidad emocional o física en un niño proporciona la oportunidad para vencer la crisis en los padres y parientes. Schild (1977) subraya cinco actividades psicológicas que enfrenta la familia en esos momentos: 1) reevaluación de la autoestima del niño; 2) comprensión de las limitantes del diagnóstico y aceptación de la pérdida concomitante; 3) redistribución de los conceptos tanto de los padres como del niño; 4) manejo de los distintos aspectos de desviación, que incluyen el estigma social asociado con el diagnóstico; 5) la adquisición de papeles por parte de los padres/niño y de roles que incrementen el crecimiento continuo y desarrollo de la personalidad.

En un repaso de la literatura acerca del diagnóstico de la discapacidad emocional, física, en un niño, Bahr (1980) esboza las etapas de reacción de la siguiente manera: 1) impacto (la noticia del diagnóstico afecta a las metas de la vida, la autoimagen, etcétera); 2) negación (una etapa tal vez que impide la aceptación de la realidad por grados); 3) duelo (expresión de sentimientos, la cruda realidad de la contradicción entre el niño y el mundo real); 4) enfoque hacia el futuro (translaboración de nuevas acciones y conducta de enfrentamiento), y 5) concusión (aceptación, mirar hacia el futuro). Los consejeros para crisis deben estar conscientes de todos estos procesos, a fin de auxiliar a la familia durante esta experiencia.

En síntesis, la enfermedad y las heridas físicas son acontecimientos que interactúan con los recursos de enfrentamiento de un individuo, lo mismo que con su estructura vital, autoimagen y percepción del futuro. Estos sucesos pueden ser como si fuesen un desafío, una amenaza o una pérdida. En el momento de crisis, aquellos tienen un impacto en los aspectos de los sistemas personales (sentimientos, pensamientos, etcétera) y tienen un impacto en el suprasistema inmediato (ámbito social de la familia). La terapia se encamina a auxiliar al individuo y su familia para el entendimiento y enfrentamiento de la enfermedad física en el entorno de estos otros sistemas.

MUERTE REPENTINA

Antes analizamos el hecho de afrontar la propia muerte como una transición del niño en la edad adulta. De modo teórico, la conciencia de la realidad en realidad empieza en la infancia, con el primer pensamiento del tipo: "Puesto que alguien/algó murió, es posible que yo también lo haga".

La anticipación es una variable determinante para enfrentar la muerte inminente, lo mismo la propia que la de un ser querido. En cuanto al desarrollo de esto se hace relevante de modo especial en la edad mediana, con el reconocimiento de que ahora la vida debe proyectarse de acuerdo con el tiempo que se desea, por oposición al que ha transcurrido desde el nacimiento. Numerosas experiencias vitales como la del duelo por un ser querido, la observación de una película o una representación teatral acerca de la muerte, o, incluso, la redacción de un testamento, son susceptibles de forzar a los individuos a confrontarse con su propia mortalidad.

Según la definición dada para la crisis en esta obra, no todas las aflicciones representan crisis. Tanto como la muerte se anticipe (en la vejez, por ejemplo), la aflicción implica experimentar y translaborar una pérdida, aunque no necesariamente con una grave desorganización e incapacidad para el enfrentamiento. Al comparar las diferentes penas asociadas con suicidio y muerte natural y accidental, Sheskin y Wallace (1976) encontraron que una mujer que se suicidó cuando la muerte no se anticipaba era inesperada. El mismo ejemplo, de la vida del cónyuge sobreviviente con la duda acerca de qué papel pudo haber desempeñado en la provocación de la muerte. Sheskin y Wallace también observaron que, aunque quienes enviudan tienen necesidad de compartir experiencias y sentimientos con otros, de igual manera temen las reacciones de los demás ante la revelación de que la muerte fue por suicidio.

Una sencilla interacción entre el cónyuge sobreviviente y los amigos no puede darse por sentada cuando el problema de la revelación plantea preguntas difíciles. De ahí que el alentar a estos pacientes para que busquen apoyo social debe estar precedido del conocimiento del médico en cuanto a que el apoyo, en efecto, estará disponible en amigos y parientes.

La literatura respectiva sugiere que las reacciones emocionales que acompañan a la muerte repentina pasan por diversas fases (Lin, 1944; Miller, 1976; Partes, 1970). La primera es la respuesta al aturdimiento, o la negación de sentimientos y el alejamiento emocional respecto de la realidad de la muerte. Esto se considera como una etapa de reacción autoprotectiva, al admitir sólo tanta realidad como se puede soportar. En la segunda fase, la huida de la cruda realidad de la muerte no puede ser evitada, y los sentimientos asociados con la pérdida comienzan a emerger. Este es un período de preocupación por la persona muerta, y una intensa añoranza por aquel a quien se ha perdido. Esta fase se caracteriza por trastorno emocional y desorganización (depresión, un porqué del hamuerto), ruptura de las rutinas acostumbradas (en el trabajo y el sueño), y una incapacidad general para el funcionamiento. La tercera fase se caracteriza por una aceptación gradual de la realidad de la pérdida y la ruptura de contacto con el difunto. Esta etapa final implica un movimiento hacia una vida funcional si el ser querido, y el desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar al individuo que se ha perdido.

El enfoque se hace sobre otros aspectos de la vida de quienes sobreviven, lo que amplía la visión hacia el resto del tiempo que ha de vivirse.

La descripción de Weisman (1976) sobre el fin del duelo se ajusta a nuestra anterior definición acerca de la resolución que tendrá la crisis:

Así como las heridas cicatrizan y los huesos fracturados se reunifican, deja marcas pero permitiendo la restauración del funcionamiento, así, también, mucha gente se sobrepone al duelo. No poderos desde luego, olvidar por

completo que ha ocurrido una muerte, lo mismo que la muerte no. Se puede borrar totalmente. Pero el proceso del duelo se completa cuando el sobreviviente afligido vuelve a estar de nuevo listo para funcionar (página 268).

Las expectativas comunitarias y culturales prevaletentes afectan el proceso del duelo y éste debe entenderse en términos de múltiples variaciones individuales. Algunas personas expresan sus sentimientos de una manera abierta a sus familiares y amigos; otras adoptan una actitud más privada y translaboran el dolor por sí mismos. Para algunos, el curso del duelo incluirá momentos de humor y frivolidad, en tanto que, para otros, éstos no existirán.

En el entorno de estos dos principios - la meta de llegar a ser funcional y las variaciones individuales en el proceso - Weisman propone que una distinción entre la muerte a tiempo y a destiempo proporciona una orientación en vías de facilitar un proceso de duelo natural.

Las muertes a tiempo son aquellas en las que el sobreviviente percibido se iguala con el sobreviviente que se espera; una persona que vive tanto como las estadísticas de las autoras sugieren que debería, o tanto como una enfermedad física particular (cáncer, por ejemplo) se lo permite, en este marco es susceptible de experimentar una muerte "a tiempo". Weisman se refiere a estas muertes como apropiadas, esto es, que la vida ha seguido su curso esperado, y ha conducido al sentimiento de un momento adecuado para morir. Las muertes a destiempo, por otro lado, violan las expectativas individuales del sobreviviente. Aquellas pueden acaecer mediante muerte prematura (la de un niño), muerte repentina (como la de un adulto de mediana edad muerto en un accidente automovilístico), o muerte desastrosa (imprevista, violenta y denigrante).

Según la visión de Weisman, en tanto lo demás es igual, las muertes adecuadas a tiempo conducen a un natural proceso de duelo. Por otra parte, el duelo tiene el potencial de tomar proporciones de crisis cuando la muerte ocurre a destiempo, por ser prematura, inesperada o calamitosa.

El proceso de intervención pretende, ante todo, facilitar un proceso de duelo que resulte de paso para permitir la variación individual y se ajuste a los usos y expectativas psicosociales. La meta esencial es complementar el proceso de duelo con una sensación de alivio, equilibrio restaurado y una apertura para encarar el futuro. En un sentido muy práctico, la estructura de Weisman propone que la intervención inicial después de una muerte a destiempo debería encaminarse a transformarse de modo cognoscitivo las más complicadas de las muertes de ese tipo en otras de especie más aceptable: "De modo más específico, **el** labor es transformar las muertes desastrosas en mortales, repentinas, éstas en muertes prematuras y estas víctimas en muertes adecuadas" (página 270).

Weisman ofrece el ejemplo de "dar la noticia" aun miembro de la familia después de la muerte de un ser querido, la cual es una labor encarada por el personal de la sala de urgencias, los oficiales de policía y el clero, por nombrar algunos.

No existe el escenario que nos faculte para dar las malas noticias de un 11100 indoloro. Los sobrevivientes principales sufrirán daño, pero sobrevivirán. Los informantes deberían esperar incredulidad, conmoción o una amarga oposición, porque, después de todo, ellos son los portadores de las tristes nuevas e, incluso, los perpetradores psicológicos de una injusticia. Algunas veces, las respuestas iniciales son ira, la confusión o un ir y venir en silencio y sin dirección

alrededor de la haitación. Esto puede ser seguido por acusaciones dirigidas hacia sí mismo o hacia la autoridad en la que la familia ha confiado hasta entonces. En contraste, el aturdimiento inicial y la incredulidad pueden dar una falsa impresión de calma y control. Por tanto, durante los primeros momentos siguientes a la simple, pero atenuada comunicación de hechos elementales, el profesional debería estar preparado para permitir asimilar varias responsabilidades; sin acobardarse, sin apresurarse a hacer afirmaciones con explicaciones intelectuales; sin ponerse en actitud defensiva, culpable o precipitada; sin actos arbitrarios de contrición personal.

...Una mujer se le dijo de manera cruda que su marido había muerto en un accidente automovilístico. Ella contestó el teléfono. Una voz masculina no identificada dijo: "Señora, ésta es la policía. Hace una hora se murió por un camión. ¿Podría usted venir a la Jefatura e identificar el cadáver?"

La reacción de ella fue de perpleja incredulidad, seguida de modo rápido por angustia y, después, negación. ¿Es en serio?, exclamó ella. ¿Es una broma? A ello siguió un intercambio de palabras, hasta que finalmente se persuadió de que la llamada era auténtica. Entonces esperó a solas a la policía, para que la llevara hasta la morgue.

Es obvio que éste fue un caso de muerte calamitosa. Pero la puesta de la mujer podría haber sido un poco diferente si la llamada hubiera sido menos impersonal, cruel y calamitosa en sí misma. Quizás un profesional, incluso un policía, hubiera podido ir a casa de ella, presentarse y hacer algo más para amortiguar el impacto y prepararla para la muerte. Se puede concebir que alguien así pudiera haber dicho algo en estos términos: y aquí porque hubo un accidente, un grave accidente. Algunos automovilistas chocaron; su esposo estaba en su coche y resultó muy mal herido. Lo llevamos al hospital de manera inmediata, pero los doctores informan que las lesiones son muy graves, y debo decirle ahora que no sobrevivirá.

Este es, desde luego, un ejemplo más bien brutal de "decir lo difícil". Mucho después de que la mujer se repuso de la noticia, ella se quejó sobre el modo desastroso en que la noticia destruyó su vida. Ella no sólo repetía ese momento en su mente una y otra vez, sino que también odiaba la voz que la llamó en primera instancia.

El tacto puede enseñarse, no sólo para hacer que las noticias amargas; suenan hipócritamente dulces, sino también para cambiar el contexto en el que se da la información. Nótese que en la versión de cómo pudo haberse comunicado la noticia, la violencia del desastre fatal fue tomada en un accidente inesperado, las heridas de su esposo en un accidente tan grave se describieron como graves necesariamente. A él no se le dejó morir solo, de modo anónimo, sino que se le dio el cuidado apropiado, lo que implica un interés personal. El decirle a la mujer que su marido resultó herido y gravemente para sobrevivir, y en especial después del examen del médico, muestra que el sufrimiento fue mínimo, que los expertos se involucraron, que el caos y la violencia injustos fueron disminuidos. Aun el planteamiento indirecto de "él no sobrevivió" amortigua, sin ocultarlo, el hecho de la muerte (páginas 270-271).

Esta narración presenta ideas clave acerca de cómo un extraño puede con compasión, ayudar a que una persona encarare la dura realidad de la muerte por muerte repentina. Debería hacerse énfasis en que la meta aquí no es negar lo que

pasó o tan sólo una vía de la desgracia, sino, en cambio, componer la realidad, de
era que el individuo pueda asimilarla; esto es, que dé los primeros pasos
hacia la translaboración del duelo.

CRIMEN

Numerosos acontecimientos relacionados con la actividad criminal se han
analizado en términos de la teoría de la crisis (Slaikeu, 1977; Speer, 1974;
Smons, 1975). Vanas especies de ataque físico, como violación y robo con
violencia, pueden entenderse como incidentes cuyas manifestaciones psicoló-
gicas de trauma y desorganización conducen a las víctimas a crisis vitales de
destreza (Lieber, 1980). Múltiples investigaciones en mujeres que han
sufrido violación indican patrones que son congruentes con las etapas de Caplan
para crisis vitales (Caplan, 1964) -Sutherland y Scherl (1976) describen
una primera fase aguda que se caracteriza por conmoción, desmayo y ansiedad
que se prolongan de modo indefinido de algunos días a algunos meses.
segunda fase, la adaptación externa, incluye el retorno a la rutina normal y
la resolución de sentimientos acerca de la violación en un intento por
reducir la ansiedad y controlar las intensas emociones. La etapa final de
integración y resolución puede comenzar con la salida de los sentimientos hacia
el exterior, y la necesidad de hablar. En esta fase crítica es importante para la
víctima elaborar sus sentimientos, desarrollar y aceptar una visión de sí
misma que incluya la experiencia de la violación, y subsanar sus sentimientos
acerca del sujeto agresor.

La víctima de violación puede recibir ayuda externa para manejar cada fase
de la crisis. En la fase aguda deben resolverse los problemas prácticos como son
apresurar los cargos judiciales, cómo informar a la familia y los amigos íntimos,
y cómo hacer que la víctima se someta a pruebas de contagio venéreo y
embriaguez. La víctima también necesita información acerca de las reacciones
emocionales esperadas y ayuda en su manejo de emociones de ira, humillación
y miedo. La intervención debe conducir la cuestión de cómo la mujer abordará
su experiencia con su familia inmediata. Es posible que las sesiones familiares
incluyan ayuda a los miembros de la familia a comprender la violación y a ver
cómo sus actitudes pueden influir en la fundamental resolución psicológica de
la crisis. Según Sutherland y Scherl, la necesidad de ayuda externa puede ser
nada en este punto, aunque, con todo, los auxiliares externos deben estar
disponibles. Es en la tercera fase -caracterizada con frecuencia por depre-
sión y necesidad de hablar- que la orientación puede ser útil para manejar los
recuerdos obsesivos, translaborar los sentimientos y desarrollar el dominio
cognoscitivo, que se encamina a la integración del incidente de crisis en el
resto de la experiencia vital de la víctima.

Aquellos que tienen un primer contacto con las víctimas de violación
(policías, personal de hospitales) deberían estar conscientes de las
necesidades previas y estar equipados para ofrecer los primeros auxilios
psicológicos. Aquellos que entrarán en contacto en las siguientes semanas y
como el clero, médicos, trabajadores sociales y otros semejantes),
también necesitan saber qué pueden esperar durante el curso de la crisis, y qué

EL TEMPERAMENTO DE LA GENTE SUBE CON LA TEMPERATURA

El temperamento de la gente sube con la temperatura, según dicen algunos funcionarios
públicos. y la onda cálida de tres semanas que ha matado a 689 personas en el sur y
medioeste del país puede ser responsabilizada de la proliferación del maltrato a niños en
Dallas.

El calor incitó al gobernador, Fob James, a declarar un estado de urgencia ayer. Lo
mismo ocurrió el lunes en Missouri.

El presidente Carter encomendó a funcionarios federales que pusieran 6.73 millones de
dólares a disposición de seis estados del país, para asistir a la gente pobre que fue puesta
en situación peligrosa por la onda cálida. El dinero será utilizado para pagar facturas de servicios
públicos, comprar ventiladores y aparatos de aire acondicionado, lo mismo que proveer
fondos de transportación a los centros de asistencia.

Carole Bowdry, directora del Programa contra el Maltrato a los Niños en el Departamen-
to de Bienestar Infantil del Condado de Dallas, manifestó que los incidentes de maltrato a
niños se ha incrementado de modo constante desde el 23 de junio, cuando comenzó la onda
cálida en Dallas.

Si usted tiene calor, se va a enojar más rápido", aseveró ayer la señora Bowdry.

"Esto se aplica a todos parientes y, especialmente, a los niños". agregó. "En nuestra
historia, los peores casos de maltrato a niños han ocurrido en climas extremadamente
inclementes, en un sentido u otro". asentó la señora Bowdry.

Fuente: "People's Tempers Rising with Temperatures" en *The State* (Columbia, S.C.). 16 de julio
de 1980. *United Press International* (UPI). Reproducido con autorización.

clase de ayuda externa sería más benéfica. Burgess y Holmstrum (1974 b), por
ejemplo, han desarrollado programas de entrenamiento para trabajadores de
vanguardia en el área de Boston, en los que se propone un modelo para la
intervención en crisis posterior a una violación de manera similar, Bard (1970)
y otros han desarrollado programas de entrenamiento de intervención en crisis
para policías (véase el capítulo 12 de esta obra).

La violencia doméstica -maltrato al cónyuge y a los hijos- es otra área
que ha sido atendida de modo creciente en términos de la teoría de la crisis, de
manera particular en la planeación de intervenciones para prevenir la violencia
(Belsky, 1980; Brown, 1979; Parke, 1977; Warner, 1981). El maltrato por parte
de uno de los padres o del cónyuge puede provocar una crisis en la víctima. Más
allá del peligro físico, existen peligros psicológicos que surgen de la interpre-
tación de los acontecimientos por parte de la persona maltratada, y en particular
las autoatribuciones de culpa y responsabilidad. Además, el hecho de maltratar
a un hijo o al cónyuge puede entenderse como un signo de la incapacidad del
maltratante para arreglárselas de modo apropiado. Las intervenciones netesuii
ajustarse tanto a los maltratantes como a las víctimas, para proporcionar
mecanismos de enfrentamiento que disminuyan la posibilidad de reincidencia: ...

Borgman y Olros (1979) han esbozado la manera en que los que trabajan en la protección de infantes pueden utilizar las estrategias de intervención en crisis en familias en las que el maltrato a niños ya ocurrió o es inminente. (Véase también a Helfery Kempe (1976), con respecto al maltrato infantil en sistemas familiares y comunitarios.] El maltrato al cónyuge también ha recibido un incremento en la atención por parte de los investigadores. (Gelles, 1972, 1976; Steirunetz y Straus, 1974; Straus, 1973, 1976). Walker (1978) proporciona una teoría acerca de los incidentes de agresión (aumento de la tensión, explosión, o un incidente de agresión grave, y entonces la calma, la suspensión amorosa), lo que realza el entorno (condición precedente) de los incidentes de agresión.

También se ha puesto atención a la comprensión de la actividad criminal a la luz de la teoría de la crisis (Stratton, 1974; Kantory Caron, 1978; Speer, 1974). La experiencia de muchos abogados y del personal de las prisiones muestra que el resto y la encarcelación pueden precipitar crisis. (Véase la exposición del

abogado penal Ricardo "Caballo de Carreras" Haynes, en el capítulo 11, acerca de la dificultad que un defensor encara al entrevistarse con "casos de la canasta psicológica".) Con respecto al encarcelamiento, la teoría de la crisis sugiere que numerosos factores, como la revelación pública, la vergüenza, la autoincriminación, la pérdida de los respaldos sociales y la reducción de las posibilidades de salir adelante; más la realidad de un nuevo ambiente carcelario, pueden combinarse para conformar crisis vitales en los desahucados recién encarcelados. Aunque los suicidios en prisión no son frecuentes, un entrenamiento para los guardias carcelarios es la excepción antes que la regla (Beigel y Russell, 1972; Farberow, 1980a y b).

En el otro extremo de los sistemas de control comunitarios es posible concebir el salir libre de la institución carcelaria como una transición que puede precipitar una crisis en los convictos en libertad provisional o los delincuentes que han salido de prisión su deuda con la sociedad. Se han hecho hipótesis acerca de que un cambio súbito de ambiente, la falta de medios sociales (compuesta en la mayoría de los casos lo mismo por la carencia de empleo que de recursos materiales) y la deficiente preparación para enfrentar los retos de la vida de regreso a la sociedad, pueden combinarse para hacer de la salida de la cárcel una crisis, misma que puede conducir a un comportamiento criminal más grave, como medio para la restauración del equilibrio. En este marco, los programas de intervención para ex delincuentes se consideran como poseedores del potencial para prevenir la comisión de nuevos delitos y, por ende, la reducción de los crímenes en la comunidad. Esta vasta hipótesis ha recibido algún apoyo tentativo. Por ejemplo, Stratton (1974) halló que los programas de intervención en crisis propuestos para los pre delincuentes y los delincuentes juveniles que incurrían en faltas menores en San Fernando, California: se relacionaron con una reducción en el número de reaprehensiones, la necesidad de servicios de libertad condicional en un número de días pasados en detención, lo que redujo en una disminución de gastos para el estado.

Kantory Caron (1978) propone que el hecho de que la salida de la prisión sea una crisis o una transición sencilla, relativamente depende de la falta de red social que tuvo en prisión quien está en libertad condicional, y su experiencia previa a esta última. Speer (1974) propone que, a fin de ser fructíferos, los servicios de atención en crisis deben desarrollarse junto con la consecución de una plaza laboral y con los programas de capacitación. Como de Speer destacó un innovador intento por utilizar la línea de urgencia telefónica local del condado como un accesorio para las sesiones grupales de orientación, en un enfoque extenso para el trabajo con ex delincuentes.

DESASTRES NATURALES Y PROVOCADOS POR EL HOMBRE

Una de las características más demoledoras de los desastres es que pueden afectar a mucha gente al mismo tiempo. Cientos de personas pueden morir y dejar a muchos con el enfrentamiento de pérdidas. La consociedad a menudo la, ta de los desastres (como son los incendios, inundaciones, tornado y accidentes de aviación) es, más, to, un estado de urgencia, se debe acudir a la acción inmediata para salvar vidas y atender a los heridos. El potencial de crisis

TRAGEDIA DE UN CORAZÓN ROTO

El 10 de agosto de 1976 fue un día caluroso en Belfast. La tarde de ese día, Anne Maguire, esposa de un mecánico, de 31 años, fue aplastada contra la barda de una escuela, junto con sus tres hijos, por un volante del auto en que escapaban los miembros del Ejército Republicano Irlandés (ERI) Transitorio. El conductor del vehículo había sido muerto de un balazo por sus perseguidores, del ejército británico. La señora Maguire fue hospitalizada en un estado de semiinconsciencia; pasaron varias semanas antes que ella comprendiera por completo que tres de sus hijos habían sido asesinados.

En cierto sentido, la tragedia de Anne Maguire no fue en vano. Betty Williams, quien atestiguó el accidente, y la hermana de Anne, Mairead Corrigan, comenzaron una campaña de puerta en puerta, en busca de firmas para una petición de condena a la violencia continua entre los católicos romanos y los protestantes en el Ulster. El movimiento, conocido como "Gente de Paz", ganó el Premio Nobel de la Paz de 1978, por haber juntado el consenso público contra los absurdos asesinatos por causa de los sectarismos.

Pero para la señora Maguire no hubo consuelo. Emigró a Nueva Zelanda, con su esposo Jack, en 1977, y allí procrearon una segunda hija. La señora Maguire sufrió un segundo colapso nervioso, y la nostálgica familia regresó a Belfast en menos de un año. El luto perpetuo condujo a Maguire a todavía más colapsos y aún más profunda depresión mental. La semana pasada Anne Maguire, al fin, se dio por vencida. Dispuso de su propia vida al cortar su muñecas y garganta con un cuchillo eléctrico para picar.

El funeral se realizó en una Iglesia a sólo cien metros del sitio del accidente de 1976, ya él asistieron 1500 dolientes, entre los que incluían católicos y protestantes. La mayoría de ellos eran mujeres. En su homilía en la misa de réquiem, el padre James Kelly dijo a la congregación: un corazón roto fue la causa de la muerte de Anne. En verdad, ella murió hace cuatro años. Una verdad aún más trágica es que el sufrimiento de la señora Maguire no fue excepcional en lo absoluto. "Existen cientos de señoras Maguire en Irlanda del Norte, acerca de las cuales ustedes nunca oyeron hablar. Todas ellas son viudas y madres".

Fuente: *Tragedy of a Broken Heart*, *Time*, del 4 de febrero de 1980, página 47. Derechos de reproducción, 1980, *Time Incorporated*. Reproducido con autorización.

psiolgca surge en los días y semanas inmediatamente posteriores, en tanto os_m_dIVIduos tratan de enfrentarse con las pérdidas. Desde la posición de Jos mdIVIduos y sus familias, los desastres naturales son, para la mayoría, inesperados: Por tanto, éstos tienen el potencial de precipitar una crisis, según la hemos demdo: un estado de desorganización caracterizado por una incapacidad para saltar adelante, con el potencial para un daño de larga duración.

El análisis de Baurn (1987) acerca de las reacciones psicológicas ante los desastres, distingue entre las características de los desastres naturales y las de los provocados por el hombre. Los primeros incluirían inundaciones, huracanes y tomados, en tanto que los segundos abarcan accidentes nucleares, riesgos de salud a partir de los desperdicios tóxicos y otras situaciones susceptibles de ser descubiertas como decisiones humanas. Entre las múltiples diferencias para las dos categorías (sintetizadas en el cuadro 4-2) está la observación acerca de los desastres provocados en cuanto a que se asocian con más frecuencia a los efectos psicológicos crónicos y de largo plazo, que las catástrofes naturales. Esto se ha hallado entre los sobrevivientes de incendios (Adler, 1944), las víctimas de colisiones marinas (Leopold y Dillon, 1963), los sobrevivientes del combate en Guadalcanal (Lidz, 1946) y los de experiencias en campos de concentración (Baurn, 1987).

Cuadro 4-Z. Síntesis de características de los desastres naturales y provocados

Características	Desastres	
	Naturales	Provocados
Carácter repentino	Con frecuencia repentinos, algunos anticipados	Pueden ser repentinos u ocasionados
Impacto poderoso	Habitualmente poderosos	Habitualmente poderosos
Daño visible	De modo habitual causan daños y pérdidas	Pueden no causar daños ni pérdidas
Predecibilidad	Alguna predecibilidad	Baja predecibilidad
Declive	Claro declive	Déclive no claro
Percepciones de control	Incontrolable carencia de control	Incontrolable, pero potencialmente controlable; resulta en una pérdida de control
Extensión de los efectos	Usualmente limitada para las víctimas	Pérdida de confianza y credibilidad de las víctimas "al público acerca de los agentes humanos percibidos"
Peristencia de los efectos	En más de un año, bastante grave	Puede ser crónica, incertidumbre de largo plazo

le: Andrew Baum, "Toxins, Technology and Natural Disaster", en *Cataclysm: Crises and Catastrophes*, editado por G.R. VandenBerg y B.K. Fuyant (Washington, OC: American Psychological Association, 1987.) Reimpreso con permiso del editor.

La tragedia de 1972, cuando se rompió un dique construido por la *Buffalo Creek Mining Company*, fue un ejemplo clásico de un desastre que precipitó crisis en las vidas de quienes sobrevivieron (Gleser y otros, 1981). Cuando el dique se rompió, liberó más de un millón de galones de agua en el valle de *Buffalo Creek*, y destruyó todo lo que había en su camino, en un periodo de tres horas. 125 personas murieron y cuatro mil quedaron sin hogar. Posteriormente, un equipo de sociólogos y profesionales de la salud mental fue contratado por los abogados de los sobrevivientes para entablar acción legal contra la compañía minera, y fundamentaron el caso en el deterioro físico (discapacidad social, vocacional y personal) que resultó de la tragedia. Al analizar los síntomas que se presentaron, Titchener y otros (1976) agruparon las reacciones al desastre en: 1) efectos agudos del impacto; 2) síntomas que persistieron por meses y años después; 3) los más penetrantes trastornos en el carácter y el estilo de vida. Los efectos agudos incluyeron síntomas como perturbaciones en la memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad y angustia. Los síntomas persistentes después de pasada la fase aguda fueron ansiedad continua, fobias, depresión, creciente utilización de estimulantes y depresores (tabaco y alcohol) y pérdida del interés en las relaciones sexuales, búsquedas recreativas y sociabilización en general. Los síntomas en los niños incluyeron continua perturbación en el sueño, falta de interés en la escuela y temor de futuros desastres (Frederick, 1977b). Entre los efectos más duraderos en el carácter y estilo de vida estuvieron un sentimiento de culpa y vergüenza por haber sobrevivido, duelo no-resuelto por la pérdida de los seres queridos y por la forma de vida, sentimiento de desesperanza y falta de sentido en la vida y confianza disminuida. El complejo tanto de los efectos transitorios como de los persistentes llegó a llamarse "síndrome del sobreviviente".

Lifton y Olson (1976) describieron el síndrome del sobreviviente de *Buffalo Creek* en términos de cinco categorías. La primera es la huella de la muerte y la ansiedad por ésta imágenes indelebles y recuerdos acerca del desastre, que incluyen sueños terroríficos semejantes al siguiente (Lifton y Olson, 1976):

"Sueño que estoy en un muelle rodeado por agua lodosa -O, aún más, en una alberca de agua fangosa. Siento como si tuviera que asirme a la orilla de la alberca. Si lo hago, estoy bien. Sé que no puedo salir. Tengo que estar dentro de la alberca" (página 296).

La segunda categoría es la de la culpa por la muerte en los sobrevivientes, la dolorosa autocondenación por haber sobrevivido mientras otros morían. Esto puede reflejarse también en la descripción de sueños del tipo:

Sueño que sabíamos que el dique se iba a romper. En el sueño, la señora T. tenía puesto un vestido blanco. Me pidió que la siguiera al final del patio. Ella sólo se mantuvo en retroceso dentro de un agujero que se parecía a una mina. No sé por qué ella quería que la siguiera; ella alargaba su mano, pero "yo tenía miedo" (página 298).

El entumecimiento físico, caracterizado por la disminución del sentido del tacto, desensibilización de las experiencias (apatía, aislamiento, depresión), es la tercera categoría. La cuarta y quinta categorías del síndrome del sobreviviente se manifiestan en sí mismas como un menoscabo en las relaciones humanas, en

particular entre esposos y esposas y entre empleadores y empleados, y por una lucha interior para encontrar alguna forma cognoscitiva hacia el sentido del desastre, con frecuencia en términos de convicciones religiosas.

White y Haas(1975) hacen notar que muchas excepciones (Quarantelli y Dynes, 1977) aparte, la investigación sobre desastres se ha limitado a la indagación de problemas locales, con un pequeño desarrollo de la teoría o la comprobación de planteamientos e hipótesis. Existe todavía cierta confusión, por ejemplo, en cuanto al alcance del daño psicológico posterior al desastre. Dynes y Quarantelli (1976) sostuvieron que:

"(Como) resultado del desastre, la desorganización del individuo es algo mínimo, debido a que los efectos potenciales son dominados mediante varias estructuras sociales, dentro de las cuales los individuos juegan papeles. Estamos interesados de modo particular en la familia y la comunidad más amplia, en tanto estructuras intermedias. las consecuencias de tal mediación estructural son que, en la mayoría de las situaciones de desastre, los individuos son capaces de demostrar un comportamiento adaptativo ante las circunstancias. Antes que caracterizarse por un extendido comportamiento de inadaptación, las situaciones de desastre en muchos sentidos, se caracterizan por una mayor proporción de conducta adaptativa y orientada hacia la consecución de metas, de la que puede ser real en las así llamadas situaciones normales" (página 232).

De manera similar, Frederick (1977b) señala que la investigación ha disipado el mito de las reacciones de angustia en las consecuencias inmediatas de los desastres.

...las personas pocas veces quedan tan agobiadas por la angustia como para correr de manera frenética durante un desastre, a menos que se encuentren en un área cerrada que se incendia. Aunque numerosas perturbaciones del comportamiento se relacionan con desastres, y eso incluye algunas que son dramáticas, enloquecerse no es una de ellas: (página 45).

Para aquellos que experimentan reacciones graves, puede esperarse que los síntomas abarquen el espectro total del trastorno emocional, y conductual, como en las secuelas de la tragedia de *Buffalo Creek* (véase Gleser y colaboradores, 1981). Frederick hace notar que los datos disponibles sugieren que no es infrecuente que la hostilidad emerja entre los amigos y la familia, que el resentimiento se muestre a los vecinos que han estado exentos de una pérdida personal, o que la ira y la suspicacia se dirijan al personal de auxilio. El resentimiento abierto aparece de manera usual después del impacto inicial.

Puede esperarse también que la naturaleza del desastre juegue un papel en las reacciones individuales. Lifton y Olson (1976) informaron que el impacto del carácter repentino y la calidad tórrica de la inundación de *Buffalo Creek* fue exacerbado por el hecho de que ésta fue vista como un desastre provocado por el hombre: la rotura del dique por la negligencia humana. Además de eso, los residentes de la zona todavía dependían en lo económico de los responsables del desastre, después de que éste había concluido.

La crisis que sigue a los desastres que implican químicos tóxicos (como en el Canal del Amor, en las Cataratas del Niágara, en 1978) y los accidentes nucleares (como en *Three Mile Island*, en 1979) ofrecen otros ejemplos de cómo

el carácter singular del acontecimiento precipitante afecta el curso de la crisis tanto como el proceso de resolución. Numerosos informes se han enfocado en los efectos sobre la salud mental por parte de estos desastres, con interesantes implicaciones para el proceso de intervención en crisis (Levine, 1982; Schaar, 1980). Los efectos inmediatos de los olores y los agentes químicos nocivos, fueron destacados en el área del Canal del Amor, mediante informes de inexplicables problemas físicos y médicos: un número anormal de abortos, enfermedades crónicas y defectos congénitos (Schaar, 1980). Los fenómenos psicológicos concomitantes también se hacen aparentes. El estrés se relacionó no sólo con el surgimiento de problemas físicos, sino también con la incidencia de los efectos a largo plazo. Además, los residentes de la zona se enredaron en una batalla política con el gobierno, acerca de quién fue el responsable de limpiar los residuos químicos y de hacer las indemnizaciones por los daños, que incluían la reubicación en nuevos hogares.

De manera similar, en las secuelas del accidente nuclear de *Three Mile Island*, se puso atención en las tensiones psicológicas sobre los residentes del área. Igual que con los desastres por residuos químicos, el interés se centró mucho en torno de los peligros desconocidos y de la controversia acerca de su gravedad, cuyo impacto total no sería notado hasta 20 o 30 años después. La Comisión Presidencial para el Accidente de *Three Mile Island* concluyó que la tensión psicológica y los problemas de salud mental se hallaban entre las

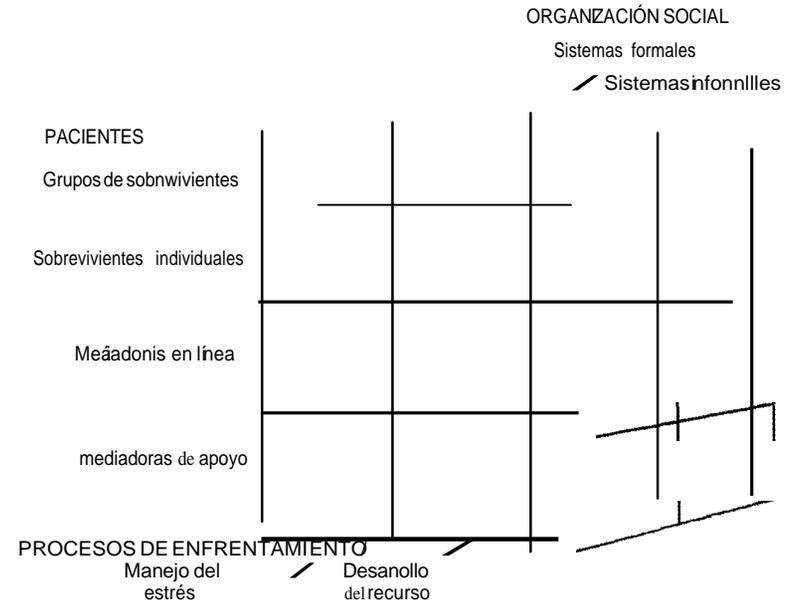


Figura 4-1.

Fuente: "An ecologic perspective on disaster intervention", por D. Harshbarger, en H. I. Peadar y H. Resnick y L. G. Parad (ed.), *Emergencies and Disaster: A Handbook of Mental Health Issues*. Baltimore, Maryland: The Charles Press Publisher, Incorporated, 1976.

principales consecuencias asociadas con el accidente (Kemeny, 1979). En un caso a los estudios realizados de manera inmediata después del accidente, se halló que síntomas como depresión y ansiedad en los residentes locales, continuaron hasta por un año después del accidente (Baum y otros, 1982).

En tanto que las comunidades implicadas no estaban preparadas con planes adecuados para los desastres, de modo que pudieran ayudar con estas crisis, se iniciaron numerosos esfuerzos, con algunos resultados más bien notables. Un informe de Richard Valinsky, coordinador de la División de Consulta y Educación del Centro de Salud Mental de la Comunidad de las Cataratas del Níagara, al servir al área del Canal del Amor, indicó que los anteriores esfuerzos de alcance externo por parte del centro (un folleto enviado a los residentes, en el que se analizan la tensión y sus efectos) resultaron contraproducentes. El folleto no fue bien recibido, por la expresión de ira de los residentes ante cualquier sugerencia de que ellos podrían tener problemas al adaptarse a la situación. Ellos pelearon que su principal necesidad era que el gobierno les proveyera de hogares, de manera que pudieran mudarse fuera de la zona. Más que eso, "muchos tenían miedo de cualquiera así llamada asistencia de salud mental, porque temían que esto se utilizara para decir que su reubicación o preocupaciones, estaban sólo dentro de su calieza" (Schaar, 1980, página 14).

Después de este inicio en falso, el centro redirigió sus esfuerzos, al mantener un perfil más bajo y evitar cualquier identificación de su enfoque como un esfuerzo en pro de la salud mental. Un equipo externo de tiempo completo para atender crisis comenzó a hacer llamadas telefónicas y a caminar por los vecindarios para contactar con los residentes, escuchar sus problemas y asistirlos en la gestión de servicios sociales. La socióloga Adeline Levine y sus colaboradores condujeron una investigación exploratoria sobre el impacto del incidente del Canal del Amor en los residentes locales. Levine observó que la Asociación de Propietarios de Casas del Canal del Amor, que ya había estado en operación durante dos años, en realidad suministraba una considerable función en pro de la salud mental, sin proponérselo en principio. Basada en la premisa de que "pueden ayudarnos, a menos que bayas sobrevivido a ello", la organización representaba un esfuerzo significativo en la ayuda personal y apoyo a los residentes. Aunque la información no estuviera disponible para estos residentes en el curso de la crisis, es posible establecer la hipótesis de que el dominio sobre aquella comenzó tanto mediante la acción política, como por medio de la información acerca de la predictibilidad o naturaleza de las reacciones de estrés que siguieron al incidente. (Véanse los capítulos 2 y 8 para el análisis de la intervención mediante algunas modalidades - la cognoscitiva, la conductual, etcétera - para la resolución de la crisis).

Numerosos escritores han proporcionado lineamientos para la planeación de la estrategia de intervención que se utilizará después de los desastres (Butcher, 1980; Cohen y Ahearn, 1980; Fredeñck, 1977a; McGee, 1976; Zusman, 1976). Por ejemplo, Frederick, propone que:

- a) La intervención en crisis es indistinta de la no intervención en el momento del desastre.
- b) La intervención debe ir más allá de los procedimientos comunes de la psicoterapia y poner énfasis en estrategias mediadoras e innovadoras, adecuadas a las necesidades de la comunidad y la naturaleza de la crisis particular.

- e) Los programas de largo alcance son más efectivos que aquellos que se emplazan en una sola localidad.
- d) El lenguaje y los conceptos de salud mental deben evitarse, puesto que "las personas durante los desastres, las que tienen necesidad de intervención en crisis, no se ven a sí mismas como enfermas de la mente y, en realidad, por lo regular no lo están".
- e) Los expedientes de salud deben conservarse para permitir una investigación continua que mejore nuestra comprensión de la naturaleza de las reacciones, y la efectividad de las distintas estrategias (página 49).

McGee* basó su trabajo de modo más amplio en el uso de voluntarios profesionales para la ejecución de los servicios de crisis después de un desastre. Este autor propone que los que planean para las circunstancias de desastre hacen uso de los voluntarios, ya entrenados (de líneas telefónicas de urgencia, centros para crisis por violación, centros de salud mental, etcétera), modelados a la manera de la Guardia Nacional, esto es, llamar a los trabajadores a la acción, según un plan preexistente, siempre que se necesite.

Por último, Harshbarger (1976) propone un modelo ecológico para la evaluación de necesidades individuales y grupales, y el suministro de servicios para crisis a grandes cantidades de personas. El modelo de este autor identifica tanto a los sobrevivientes como a quienes intervienen/ayudan como "pacientes" que necesitan atención en las secuelas del desastre (figura 4-1). Tanto los sistemas formales como los informales en una comunidad se utilizan en el proceso de intervención para ayudar a los pacientes a manejar el estrés e identificar recursos (por ejemplo, asistencia legal, de beneficencia o monetaria, apoyos sociales), y, de este modo; facilitar su enfrentamiento.

GUERRA Y HECHOS RELACIONADOS

La guerra y sus variaciones proporcionan otro conjunto de incidentes que pueden conducir a una crisis. La pérdida de la vida y las propiedades, y la amenaza a la identidad nacional y al modo de vida que se ha elegido, tienen implicaciones de largo alcance para los sobrevivientes. Como indica el cuadro 4-1, se han elaborado en esta área importantes obras literarias, en particular sobre las víctimas de combates y los héroes de guerra, y acerca del estrés poco común que se relaciona con la supervivencia en los campos de concentración.

El que crisis como éstas pueden tener impactos negativos de larga duración se ha demostrado de modo más gráfico ante la atención del mundo investigaciones recientes sobre la segunda generación de sobrevivientes del holocausto nazi (Davidson, 1980; Epstein, 1980). Con fundamento en la experiencia del tratamiento en Israel de sobrevivientes de campos de concentración por muchos años; Davidson (1980) halló un número creciente de miembros de la segunda generación de las familias correspondientes "sufriendo por un amplio espectro

*Ponencia de Richard McGee en la conferencia sobre la "Prevención del Suicidio Juvenil", Universidad Metodista del Sur, Dallas, Texas, 10 de noviembre de 1976.

de trastornos emocionales, perturbaciones de la personalidad, estados límite y psicóticos que se relacionan claramente con los efectos a largo plazo de la traumatización masiva en los padres sobrevivientes" (página 11).

Surgió un gran número de interrupciones en la inferación padre/hijo:

1) ansiedad excesiva, sobreprotección de parte de las madres; 2) intensa carga emocional e idealización del hijo por parte de los padres sobrevivientes; 3) identificación del hijo con los parientes y padres perdidos en el campo de concentración; 4) transmisión de los sentimientos paternos de culpa, vergüenza y baja autoestima hacia el niño, al identificarse con sus padres. (Figley y Sprenkle, 1978; Williams, 1980) y la labor con rehenes recién liberados (Sank, 1979). No es poco común que se reprima el trauma por las experiencias de combate, para entonces reactivarlo con otras crisis vitales (como divorcio o desempleo). Figley y Sprenkle (1978) aplicaron el modelo de Horowitz y Solomon (1975) para las reacciones psicológicas de trauma en sus tratamientos para veteranos de Vietnam. De éstos, los que en principio repelieron los intentos por hablar acerca de sus experiencias tensionantes, algunas veces necesitaron la asistencia de un terapeuta externo para el logro de esta importante tarea (Figley y Sprenkle, 1978):

"Cuando por fin me puse en la disposición de ánimo para hablar acerca de sangre y tripas', descubrí que a nadie le interesaba oír acerca de ello. El único que a medias estaba dispuesto a oírme era papá, pero sólo en las partes que lo hacían enorgullecerse de mí por querería de John Wayne. Yo no podía decirle en realidad a mi papá cómo estuve asomado sin zurrarme, o cómo arriesgué mi trasero por nada, o cómo los tipos que yo amaba se desgastaban por nada".

El tratamiento también se enfoca a la familia inmediata y al grupo social del veterano, y a menudo, al asesorarlos sobre cómo manejar reacciones específicas. A los cónyuges, por ejemplo, se les enseña a resistirse a contraatacar, lo que podría conducir a una mayor agresión, en lugar de a la catarsis de los impulsos violentos. Los terapeutas necesitan modelar una actitud realista y objetiva, la cual permita que se expresen los sentimientos, sin dar lugar al maltrato físico y mental. Por ejemplo:

"(Está) bien que sientas ira, ve a tratar de entender qué pasa en tu interior.

Pero no te permitiré que nos maltrates a mí o a los niños" (página 57).

En los disturbios políticos y Sociales del decenio de 1960 y principios de 1970, numerosos grupos en Estados Unidos eligieron estrategias corporales con frecuencia violentas para el cambio social, y ello incluyó la captura de rehenes. Los psicólogos y otros comenzaron a tratar de entender los aspectos psicológicos de la experiencia de ser hecho rehén (identificación de los rehenes con sus captores), lo mismo que los procesos que resultaban útiles al tratar con las consecuencias. Sank (19) informa de una intervención innovadora por terapeutas de una organización de conservación de la salud, en Washington, D. C. con 154 varones y mujeres que habían sido hechos rehenes por tres días, a cargo de los musulmanes *hanfi* en la sede nacional de los *B'Nai B'Rith* en 1977. Inmediatamente después de la liberación de los rehenes, éstos dieron sesiones grupales en el sitio de la captura (dos veces a la semana durante cuatro semanas), con sesiones complementarias a tres meses y un año más tarde. Como lo indica el cuadro 4-3, los terapeutas observaron una amplia gama de problemas en los

Cuadro 4-3.

Modalidad	Problema	Tratamiento
Comportamiento	Abstinencia.	De sensibilización RMP* <i>in vivo</i> y sistemática, asertividad.
	Llanto, hablar de manera brusca a los demás, temor de aislamiento	Programa planeado para escribir y compartir experiencias con otros
Afecto	Afecto apagado	Motivación a compartir experiencias en grupo, o escribir acerca de los sentimientos
	Depresión leve	Planeación de actividades recompensantes, tranquilidad
	Crisis de ansiedad	Imaginería de enfrentamiento, RMP*, entrenamiento de asertividad
Ira		Entrenamiento de asertividad
Sensación	Perturbaciones en el sueño.	RMP*, programación de actividades usuales de relajación, ejercicio, imaginación de enfrentamiento
Imaginería	Dolores de cabeza	RMP con concentración en los músculos de la cabeza, cuello y hombros
	Perturbaciones estomacales e intestinales, palpitaciones, rigidez muscular, dolores en la espalda	RMP con concentración en los músculos del tronco
	Fatiga	Permiso para dormir más y comprometerse con actividades menos estrictas
	Revivir fantasías de toma del poder y del Holocausto	Sustitución de las imágenes calmantes, enfoque sobre la liberación
Cogniciones	Ser vulnerables en todas las situaciones de la vida	Imágenes de afumación
	Incapaz para testificar en la Corte	Ensayo de comportamiento, repaso organizado de incidentes
	Reflexión obsesiva "Honibilización" "Esto no habría pasado si tan solo..." "Debería haber..." "Tú deberías haber..." "No fui un héroe y debería haberlo ido".	Detención del pensamiento Alentar la retroalimentación de los miembros del grupo durante la toma del poder

Cuadro 4-3. (Continuación)

Modalidad	Problema	Tratamiento
Cogniciones (continuación)	"Calastrofización" "Nunca me recuperaré de esto". "Los Hanafis saben mi nombre Y mi dirección y vendrán después para matarme". "Ya ningún lugar es seguro".	TRE
	Aislamiento "Soy el único que tuvo estas acciones"	Copartir en grupo, los terapeutas proporcionan información limitada acerca de la gran variedad de reacciones humanas al estrés
Interpersonal	Injerto en la dependencia Y deseo de contacto humano	Imágenes de enfrentamiento, entrenamiento en afirmación, permiso para necesitar el consuelo de otros
	Suspición de los extraños	Tomar precauciones más realistas (cerrar el coche Y la casa, etcétera), desensibilización <i>in vivo</i>
	Conflicto matrimonial y familiar	Entrenamiento en afirmación remisión a terapeutas familiares y asociados
Drogas	Incremento en la utilización de tranquilizantes, medicamentos, alcohol	Sustitución del RMP, ejercicio, TRE, imágenes de enfrentamiento, uso limitado de drogas, cuando sea apropiado
	Trastornos somáticos	Revisión médica después de dar de alta y antes de reunirse de nuevo con sus familias, seguimientos médicos de nuevos malestares de los antiguos exacerbados por el estrés

Fuente: Sank, 1979. Derechos de reproducción 1979 reproducido con autorización del editor: por la *American Psychological Association*,

RMP* = Relajación Muscular Profunda; TRE = Terapia Racional Emotiva.

sobrevivientes, Y recurrieron a las sesiones grupales para dar asistencia terapéutica en la elaboración de la experiencia en tal medida que los efectos de la experiencia se vuelvan inofensivos. Y los sobrevivientes de la penosa experiencia pretoman al trabajo Y continuar con los asuntos de su vida. La característica más importante de esta intervención era su inmediatez. Los tratamientos orientados a síntomas se ejecutaron lentamente y se limitaron a los síntomas más inmediatos. El énfasis en los procedimientos de la terapia se puso para conseguirlos.

FAMILIA Y ECONOMÍA

Numerosas crisis circunstanciales se relacionan con cambios en la vida familiar, que incluyen la gama completa de cambios económicos que pueden precipitar crisis algunas veces. La migración y reubicación se caracterizan por un cambio ambiental completo para los miembros de la familia, lo que abarca la pérdida de amigos y familiares circundantes, el reto de nuevos ambientes, y el desarrollo de nuevos contactos sociales, estabilidad económica y otras adaptaciones a un nuevo medio. Los suministros sociales de los miembros individuales de la familia se pierden, y se necesita un ajuste y nuevos comienzos (Fried, 1976; Levine, 1976a; Levine, 1976b). Más allá de eso, el cambio en las condiciones económicas -la inflación, el desempleo- traen un trastorno social que de manera clara tiene efectos en el funcionamiento individual, psicológico y familiar. Un estudio del gobierno de los Estados Unidos en 1976 intentó estimar los costos sociales de la política económica nacional (*Estimating the social cost of national economic policy*, 1976). El hallazgo más impactante fue que aun un incremento de un punto porcentual en el desempleo se relacionó con los siguientes acontecimientos, durante un periodo de seis años:

- 36.887 muertos en total, lo que incluyó 20.240 muertes por males cardiovasculares;
- 920 suicidios;
- 648 homicidios;
- 495 muertes por cirrosis hepática;
- 4227 ingresos a hospitales mentales del Estado; y
- 3340 ingresos en prisiones estatales (páginas 5-6).

Los cambios ambientales representados por los descendimientos económicos y la migración tienen implicaciones claras para la prevención primaria, y también para la intervención en crisis. Así como puede esperarse que el maltrato a los niños se incremente con el clima inclemente, también puede esperarse que la aparición de crisis vitales aumente durante los periodos inflacionarios. Al reconocer esto, algunos empleadores han dado pasos para ablandar el impacto de la migración en la vida familiar, y para proporcionar asistencia en el enfrentamiento con la desorganización, lo cual puede esperarse en familias después de que se presenta una mudanza (véase el capítulo 18 en este libro, acerca de las crisis vitales en ambientes de trabajo).

La tasa de divorcios se elevó a casi uno decada dos matrimonios en 1975 (Kraus, 1979). Mientras estadísticas han producido alarma considerable, al indicarle a algunos que el divorcio es un signo de patología en los individuos, si no es que en la sociedad, otros lo han conceptualizado como una crisis vital cuyo efecto puede lo mismo conducir al crecimiento que al daño. En las primeras investigaciones sobre el impacto del divorcio, Goode (1956) halló que las mujeres lo describieron como más traumático cuando lo veían de un solo lado, es decir, deseado por sus maridos, pero no por ellas. Un trauma mucho menor surgió cuando se trató de una decisión tomada de manera mutua.

En un repaso de la literatura acerca del divorcio, Kraus (1979) presenta un compuesto de las varias etapas a través de las cuales una crisis de divorcio puede fluir. La primera se caracteriza por la negación, el actuar como si la relación

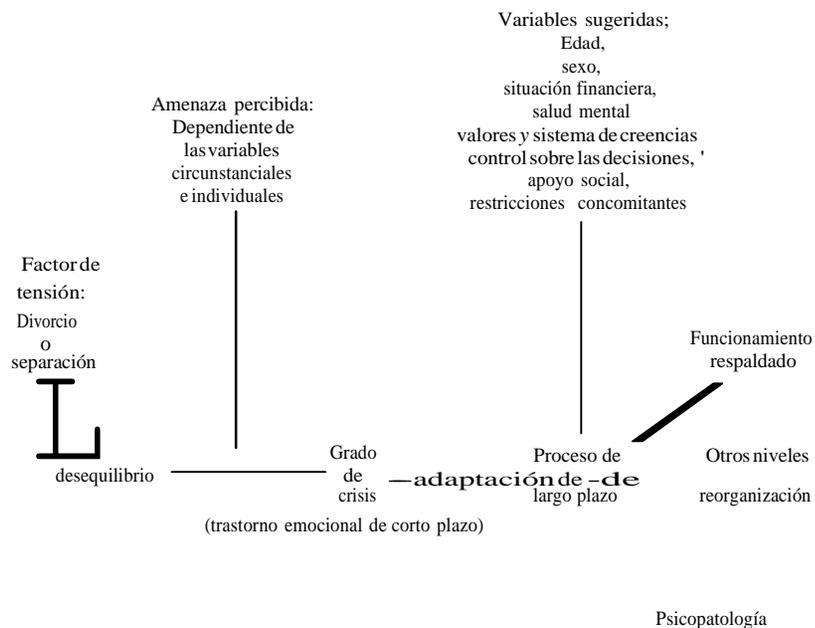


Figura 4-Z. Impacto del divorcio: Modelo de la crisis.

Tomado de: "The crisis of Divorce: Growth promoting or Pathogenic?", por S. Kraus, *Journal of Divorce*, 3, 1979, p. 116. Derecho de reproducción 1979, para Haworth Press, Incorporated. Reproducido con autorización.

El divorcio puede ser una crisis que afecta a la salud emocional y a la capacidad de funcionamiento. Esto puede ser seguido por la ira y la culpa, la discordia emocional, con la responsabilización de la disolución puesta igual en uno mismo o en el cónyuge. La ira puede entonces mezclarse y alternarse con aflicción y con los sentimientos, hasta tomar los últimos cartuchos, por salvar el matrimonio, seguidos por depresión, al darse cuenta que la vieja estructura se ha derrumbado y que un mayor gasfo emocional no tendrá compensación. Por último, esto es una etapa que se enfoca en el funcionamiento actual del propio individuo, con un movimiento hacia una reorientación de actividades y la aceptación de un nuevo estilo de vida. Kraus destaca que las etapas que se representan en la psicología acerca del divorcio no se desarrollan a partir de datos empíricos, sino de informes clínicos, que invitan a tener cierta precaución sobre su universalidad.

Un intento por compendiar las variables que se consideran relevantes en la comprensión de la crisis por divorcio, y por preparar el camino para futuras investigaciones, Kraus (1979) proporciona un modelo organizacional (figura 4-2) que necesita la atención especial al sistema de creencias del individuo o a la interpretación cognoscitiva de su nuevo estatus:

"El dolor emocional se relaciona lo mismo con la encomienda que uno tuvo sobre su propio matrimonio. Pero también con la creencia en el matrimonio en sí mismo como la mejor forma de vida adulta. En el marco de la terapia emotiva-racional..., si uno sostiene la creencia irracional de que el divorcio es una catástrofe, uno puede sentirse miserable con facilidad. Un individuo cuyo sistema de valores indica que una persona divorciada es un fracaso, que una persona sin pareja no vale la pena, con mayor seguridad experimentará una gran cantidad de angustia, si se encuentra en esa posición. Se requiere una investigación para analizar la relación entre el sistema de creencias de uno y las variables de adaptación" (página 115).

Una de las más alentadoras tendencias en el decenio pasado fue la emergencia de los centros de mediación en divorcios, cuya meta era asistir a las parejas en divorcio para resolver sus contratos matrimoniales de un modo eficiente y justo, con procedimientos que buscarán controlar los sentimientos de amargura y hostilidad asociados con la separación y el divorcio (Coogler, 1978; Haynes, 1981; Kessler, 1978; Moore, 1986; Pearson, 1979; Slaikeu y otros, 1988).

El concepto de mediación descansa en la premisa de que el estrés y el daño psicológico de amplio rango para los hijos de divorciados, no se desarrolla *per se* en los hogares con un solo padre, sino a partir de la confusión que implican los conflictos entre los dos padres (Leupnitz, 1978, 1979; Walstein y Kelly, 1980).

Fundamentados en los principios sociopsicológicos para la resolución de conflictos (Deuker, 1973), los centros de mediación proporcionan asistencia tripartita (con un mediador) para una pareja, en tanto tratan de manejar los sentimientos de ira, dolor y culpa, y al mismo tiempo trabajan en pro de decisiones equitativas en la división de las propiedades, custodia de los hijos y las visitas a éstos. En un típico arreglo de mediación, una pareja se encuentra con un mediador donde desee, durante 4 a 10 sesiones, cada una con un enfoque particular en algún aspecto de la disolución del convenio matrimonial y la concertación de contactos posteriores al matrimonio, de un modo adecuado (para las visitas de los hijos). Al final del proceso de mediación, los abogados consultores de ambas partes bosquejan y revisan un borrador del acuerdo, antes de la versión final del mismo, el cual es firmado por ambos interesados, así como por el mediador y un abogado (extraído de una barra de abogados consultores). El acuerdo puede llevarse a un juzgado y presentarse como un convenio de divorcio. Los mediadores asisten a las parejas en la cooperación para la disolución de su contrato matrimonial, en lugar de convertirse en adversarios, uno contra otro; la actitud que de manera típica se asume en los procedimientos tradicionales de divorcio. En tanto que siempre está presente el derecho de cada una de las partes para conseguir su propio abogado y "litigar el asunto" en la corte, un derecho que es la marca de la causa en nuestro sistema legal; la mediación es un intento por evitar los aspectos más negativos del método de los adversarios, al aplicarlo a las disputas domésticas.

Los centros de mediación han surgido por todo Estados Unidos como funcionamiento privados y como parte de un sistema de juzgados (la Asociación Estadounidense de Cortes de Conciliación). El éxito inicial de los programas piloto ha conducido a los investigadores a examinar variables específicas del proceso que hacen posible predecir un resultado positivo (Slaikeu, Pearson, Thoennes, 1988). El intento de mediación está, desde luego, para proveer una

alternativa racional para las parejas al salir adelante con la crisis del divorcio. Aunque la investigación todavía necesita orientarse en esta área, es completamente posible que las técnicas de intervención en crisis para el control de emociones internas, podría contribuir de manera sustancial al éxito de la mediación, en especial en sus primeras etapas.

IMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN

Un repaso de los hallazgos esbozados en este capítulo da lugar a algunas implicaciones de la intervención que están relacionadas de modo directo con la naturaleza singular de las crisis circunstanciales. Podemos resumir estas ideas como un avance de la estructura más general del proceso de intervención de crisis presentada dentro del capítulo 5:

1. El sentido de una inmediatez asociado con las crisis circunstanciales subraya la importancia de proporcionar intervenciones que ayuden a los pacientes a tratar con sus intereses inmediatos, mientras, al mismo tiempo, se diagnostican las necesidades que requerirán atención más tarde. Las crisis circunstanciales exigen un enfoque de "primero lo primero" para el proceso de intervención; por ejemplo, al salvar vidas, hallar un sitio para pernoctar y mediar en una disputa doméstica. El severo impacto de estos incidentes requiere que aquellos que están en crisis reciban lo mismo alivio a sus síntomas que un enlace con los recursos para una asistencia continua en las semanas y meses por venir.
2. Cada categoría específica de crisis circunstancial listada en este capítulo acena a uno o más aspectos determinantes de la teoría de la crisis en sí misma. El impacto de la discapacidad física o la pérdida de un miembro del cuerpo, apunta a la importancia de hacer adaptaciones conductuales más tarde, así como cambios de profesión y planes futuros. Las expectativas (cogniciones) se resaltan en el entendimiento de cómo las personas se enfrentan con la muerte a destiempo. La necesidad de desarrollar estrategias para tratar a grandes cantidades de gente, al mismo tiempo se hace aparente al tomar en consideración los desastres naturales y los provocados por el hombre. De manera similar, la urgencia de muchas crisis circunstanciales acentúa la importancia de entrenar a aquellos que los primeros en aparecer en escena (por ejemplo, la policía en los crímenes violentos).
3. En cada una de las crisis circunstanciales presentadas; proporcionamos que se atiendan los cuatro niveles del sistema: la persona, el grupo familiar/social, la comunidad y la sociedad en la planeación de intervenciones. Atender a una víctima de violación sin considerar el impacto de la experiencia en la relación con su marido e incluirlo a éste en el tratamiento, es sólo un ejemplo de cómo un enfoque limitado puede impedir la resolución final de la crisis. De manera similar, la responsabilidad de los gobiernos estatal y federal puede tener un efecto en la resolución de crisis inducidas por la exposición a residuos químicos que son tóxicos.

4. Al afectar a muchas personas al mismo tiempo, las crisis circunstanciales llaman a una planeación comunitaria de amplia base, de modo que la intervención tenga lugar de una manera rápida y adecuada. McGee (1976) sugiere que las características principales de los programas comunitarios incluyen: a) el uso de trabajadores voluntarios; b) emplazar los servicios de manera que sean accesibles en un modo conveniente para los usuarios, y c) asumir una posición de alcance externo.
5. La experiencia con intervenciones mal orientadas, aunque bien intencionadas, sugiere que es importante poner atención a lo que las víctimas dicen que quieren y necesitan, y distinguirlo de lo que los teóricos de la crisis creen que ellas deben querer y necesitar. Sin la aceptación del paciente, los esfuerzos de la intervención fracasarán. •

Estrategias de intervención

Al haber revisado la bibliografía acerca de la naturaleza de las crisis vitales, ahora nos volvemos hacia el proceso de ayuda: En este punto surgen varias preguntas: ¿Quién está en la mejor posición para ayudar a las personas en crisis? ¿Cómo debería proporcionarse ayuda? ¿Qué clase de entrenamiento se requiere? ¿Cuáles son las metas apropiadas, y cómo podemos decir que las metas se han alcanzado? ¿Cómo difiere la intervención en crisis por parte de un policía de la que realiza un voluntario de una línea telefónica de urgencia, o de un trabajador social en un centro de salud mental? ¿En qué difiere la intervención en crisis de la psicoterapia?

La segunda parte de este libro aborda estas cuestiones de un modo directo. El capítulo 5 repasa las principales características de la intervención en crisis, según se han conjuntado a partir de una amplia gama de informes clínicos y de investigación, y presenta un modelo amplio de intervención en crisis, el cual distingue entre intervenciones en crisis de primera y segunda instancia (primeros auxilios psicológicos contra terapia para crisis). Para la construcción de esta estructura, los capítulos del 6 al 9 proporcionan descripciones detalladas de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos y un enfoque multimodal para la terapia de

-Crisis, con la inclusión de ejemplos de casos. Como veremos, nuestro éxito en el manejo de las cuestiones que se plantean Marriba, depende en gran medida de nuestra habilidad para esclarecer las distinciones entre estas fases del proceso de intervención.

Un modelo amplio para la intervención en crisis

La intervención en crisis es un campo de la psicología que se ha desarrollado en los últimos años. En esta área, los profesionales de la salud mental han buscado comprender mejor cómo ayudar a las personas que experimentan una crisis. Este artículo presenta un modelo amplio para la intervención en crisis, basado en la evidencia científica y en la experiencia clínica. El modelo se centra en la comprensión del proceso de crisis y en la implementación de estrategias de intervención efectivas. Este modelo se basa en los principios de la psicología de la crisis y en la evidencia científica que respalda estas intervenciones. El modelo se centra en la comprensión del proceso de crisis y en la implementación de estrategias de intervención efectivas. Este modelo se basa en los principios de la psicología de la crisis y en la evidencia científica que respalda estas intervenciones.

El capítulo 21 de este libro analiza la investigación en esta área y sugiere los próximos pasos para consolidar nuestro conocimiento. Por ahora, debemos admitir que no sabemos todo lo que quisieramos acerca de qué funciona y qué no. Al mismo tiempo, un repaso de los informes clínicos y de investigación muestra una notable consistencia a partir de los artículos, con respecto a varias características distintas de la intervención en crisis. Estas consistencias proporcionan un punto de partida para un modelo de cómo ayudar a una persona a través de una crisis. Aún que algunos de los principios listados aquí han sido materia de

rigurosa investigación, su reaparición en la bibliografía clínica da fe de su poder de permanencia y entabla un desafío a los investigadores para que tomen nota de ellos como posibles variables para una futura investigación. Para nuestros propósitos, éstos son los datos importantes o materia prima a partir de los cuales emergerá un amplio modelo de intervención en crisis. Lo que sigue es una mirada a lo que los practicantes la gente que de manera cotidiana ayuda a otros a manejar sus crisis-- nos dicen acerca de las características distintivas de la intervención en crisis.

PRINCIPIOS CLÍNICOS

Oportunidad

La terapia breve, de tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis. La bibliografía sugiere que el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma a la mayoría de las personas recuperar el equilibrio después de un incidente de crisis, o alrededor de seis semanas, según Caplan (1964). La mayoría de los escritores describe a la intervención en crisis como algo que se lleva, en cualquier parte, de 1 a 6 semanas (Aguilera y otros, 1974; Burgess y Baldwin, 1981), como distinción de las intervenciones que continúan por meses a años en la psicoterapia de largo plazo. Más importante aún es que la terapia breve no se ve como el segundo mejor enfoque. El tener menos sesiones plantea ventajas económicas claras y el proporcionar terapia durante la proximidad de la crisis tienen también ventajas terapéuticas adicionales. Se elevan al máximo las oportunidades del paciente para crecer mediante una crisis al brindarle asistencia para auxiliarlo a obtener el dominio de la situación, y a moverse hacia la reorganización de una vida desorganizada.

Una extensión de esta idea es la ley de Hansel: la efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de su proximidad tanto al tiempo como al lugar del incidente de crisis (McGee, 1976). Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo tanto para el paciente como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso: De manera concordante, servicios telefónicos de 24 horas y en operación los 365 días del año, lo mismo que servicios de entrada libre para orientación, se ha utilizado extensamente desde los últimos años del decenio de 1950 (el capítulo 16). Además, muchos centros tienen servicios de alcance externo que permiten a los orientadores visitar a la gente siempre que sobreviene una crisis. La hipótesis es que, si un paciente tiene que esperar horas, días o semana; para recibir ayuda, el factor de peligro en la crisis puede aumentar y redundar en la pérdida de una vida (por suicidio u homicidio). Otro peligro es que los hábitos disfuncionales y los patrones de pensamiento pueden impregnarse de un modo tan fuerte en la vida del paciente que se vuelva muy difícil cambiarlos después. En síntesis, el énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar algún nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

Metas

Un lugar común en la bibliografía sobre intervención en crisis es que la meta principal es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis. Algunos definen esto como restauración del equilibrio, mientras que otros se enfocan en la reorganización. **W**: la capacidad del individuo para enfrentar la situación. Como lo asentó un médico clínico: "mi meta es ayudar a la gente a salirse de las cuerdas y regresar al centro del cuadrilátero". Nótese la diferencia entre esta estrategia y las metas de la psicoterapia de largo plazo: reducción de los síntomas, reorganización de la personalidad o cambios en el comportamiento.

La mayoría de los terapeutas reconoce, de cualquier modo, que un paciente "nunca regresa" al nivel previo de funcionamiento. Al transcurso y resolver una crisis vital, la persona aprende nuevos caminos para salir adelante. El paciente debe aprender por conceptuar la vida de un modo diferente que antes que la crisis ocurriera (las más de las veces de un modo más realista) y puede ser capaz de proyectar direcciones nuevas por completo para el futuro. Muchos médicos clínicos consideran estos resultados como beneficios secundarios de la intervención en crisis. Desafortunadamente, esta visión soslaya la singularidad de la experiencia de crisis, es decir, una oportunidad de la experiencia de crisis, esto es, una oportunidad para trabajar de nuevo conflictos personales sin resolver, y reorganizar la propia vida después que todo se ha derrumbado. La solución asumida en el presente libro se apoya en la distinción entre la intervención de primera y segunda instancia (analizadas adelante en este capítulo). La meta de la primera es restablecer el funcionamiento normal, mientras que la meta de la segunda es la resolución de la crisis-- se enfoca de manera directa en la asistencia al paciente para aprender de la crisis, lo que redundará de modo potencial en un más alto nivel de funcionamiento que antes de la crisis.

Valoración

Es importante que la valoración abarque la funcionalidad de cada uno de los sistemas implicados en la crisis. El modelo de valoración se desarrolla de la perspectiva de los sistemas generales sobre las necesidades, esbozados en el capítulo 2. La información acerca de que está mal en la vida de una persona (como el desmoronamiento de la relación matrimonial) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (como un sistema de apoyo de amigos). Las fuerzas y recursos se describen y se utilizan para ayudar a una persona a arreglárselas con el hecho de cada crisis personal ocurre dentro de los sistemas familiar, del trabajo, vecindario y comunidad; la tarea es determinar cuáles variables ambientales precipitan la crisis, cuáles mantienen la desorganización y el sufrimiento, y cuáles pueden servir para facilitar el cambio constructivo en la situación. El empleo de este análisis conduce a una

variedad de estrategias para el cambio, que se extienden de dimensiones como la asistencia en el aseguramiento de bonos para comida u orientación legal hasta la referencia a una consejería personal o una orientación vocacional.

Comportamiento del asistente*

Uno de los aspectos más relevantes del trabajo con la crisis es que los terapeutas son más activos, directos y orientados a la consecución de objetivos que en las situaciones ajenas a las crisis. Puesto que el tiempo es corto, los terapeutas se vuelven participantes activos en franquear las dificultades, fijar con precisión las necesidades inmediatas y movilizar los recursos de ayuda. En algunas situaciones los consejeros para crisis dan consejos e inician contactos para ayudar a una persona a "pasar la noche". El tete de la intervención en crisis yace no sólo en el trabajo eficiente y efectivo con el paciente, sino también en el ser flexible en grado suficiente como para movilizar una amplia variedad de recursos suprasistemáticos (familia y comunidad) en el trabajo hacia la resolución de la crisis para el paciente.

En tanto los terapeutas son más directos y orientados a la consecución de objetivos en el trabajo de crisis, un principio básico de la intervención sostiene que los pacientes deberían fortalecerse para hacer tanto como puedan por ayudarse a sí mismos. El consejero de crisis da los pasos de acción más directa (llama a los padres de la víctima, conduce a la persona a su casa, da curso a la hospitalización de urgencia), sólo cuando la organización y el irrotomismo extremos impiden al paciente actuar por sí propia cuenta. En este enfoque de escalonamiento está implícito un intento de reducir la resistencia de los pacientes, en tanto ellos trabajan hacia el dominio de una situación. Puesto que se espera que los pacientes puedan actuar por sí mismos de alguna manera en cuestión de semanas, el comportamiento del consejero se apresta lo más posible para facilitar/alentar la subsecuente independencia de aquél.

La bibliografía sobre intervención describe varios planteamientos para auxiliar a una persona o familia a sobrevivir a una crisis. Resumiremos algunos de ellos como trasfondo para el modelo amplio delineados en este libro. (Véase también Aguilera y otros, 1974; Burgess y Baldwin, 1981; Butcher y Maudal, 1976; Crow, 1977; Getz y otros, 1974; Hoff, 1978; Puryear, 1979).

McGee y sus colaboradores identifican dos áreas de desempeño del consejero: efectividad clínica (Fowlery McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; McGee, 1974). La primera se refiere a la capacidad del consejero para mostrar empatía, autenticidad y cordialidad hacia el paciente. La efectividad técnica se refiere a la capacidad del consejero para evaluar la mortalidad en caso de suicidio, sondear recursos, hacer las consultas adecuadas y cuestiones parecidas. Walfish y sus colaboradores han desarrollado esto último de modo más amplio al diseñar una escala de contratación para la crisis, que se enfoca al alcance en el cual los consejeros evalúan la presente crisis,

*Puesto que se considera que la intervención en crisis debe incluir las estrategias que utilizan una amplia gama de trabajadores profesionales y paraprofesionales, a lo largo de este capítulo los términos así: ente, terapeuta, consejero y trabajador se utilizarán de modo indistinto para referirse a la persona que desempeña el papel de ayuda o protección.

sondean recursos y se movilizan hacia pasos de acción sobre una base contractual (Walfish y otros, 1976). En este mismo tenor, Berg ha delineado cinco aspectos del desempeño del consejero al trabajar con alguien en crisis que llama por teléfono. Se espera que los consejeros se comuniquen con empatía, demuestren a quien llama una comprensión del problema, lo sinteticen, examinen los recursos disponibles para quien llama y los asistan en el desarrollo de un plan de acción (Berg, 1970).

Algunos textos se enfocan en lo que hacen los consejeros y en el entrenamiento que requieren para hacerlo, al definir diferentes intervenciones en crisis. Por ejemplo, Jacobson y otros (1968), distinguen cuatro niveles en la intervención en crisis: manipulación del ambiente (enlazar a una persona con un recurso de ayuda como un ministro religioso, amigo u órgano de asistencia), apoyo general (el escuchar con empatía que realizan los vecinos, cantineros y otros semejantes); enfoque genérico (trabajo breve por personas entrenadas en intervención en crisis), y adaptación individual de la intervención en crisis a cargo de personas con un amplio entrenamiento en psicología, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

Muchos teóricos se basan de modo fundamental en el trabajo inicial de Lindemann (1944) con respecto al proceso de duelo al definir lo que los terapeutas deberían hacer para ayudar a los pacientes de crisis. En la estructura Lindemann el terapeuta ayuda a la persona a aceptar el dolor del luto, analizar la relación con quien ha muerto, expresar la aflicción y el sentido de pérdida de manera completa, hallar una formulación aceptable de las relaciones futuras con el difunto, verbalizar sentimientos de culpa y también a descubrir personas cercanas cuyos nuevos patrones de conducta pueden establecerse.

En consonancia con esta tradición; Pasewait y Albers (1972) hablan acerca de la intervención en crisis como algo que abarca tres áreas generales:

- 1) Establecimiento o simplificación de la comunicación (entre personas en crisis, con otras personas significativas, con las agencias de asistencia, etcétera),
- 2) asistir al individuo (o a su familia) en la percepción correcta de la situación (con un enfoque en los sucesos concretos, su significado y los posibles efectos) y, por último,
- 3) asistir al individuo o a su familia en el manejo de sentimientos y emociones de un modo abierto.

Demodo semejante, Viney (1976) define a los practicantes e investigadores como ayudantes de los pacientes para recuperar la homeostasis perdida por la crisis; lograr el dominio cognoscitivo sobre la crisis y realizar cambios conductuales. La primera área se apoya en las técnicas que facilitan la catarsis o sentimientos de translocación. En la segunda área el terapeuta asiste a la persona para obtener una comprensión de los planos cognoscitivos y las expectativas que han sido violados por el incidente de crisis, con la meta de desarrollar nuevos conceptos de uno mismo y de los demás. En el área final (la conductual), se analizan, ensayan y, por último, ejecutan nuevas maneras de respuesta y enfrentamiento.

Otro conjunto de variables que determinan la actividad del asistente se relaciona con la responsabilidad del consejero para emprender acciones con respecto a una crisis específica McMurray (1975), por ejemplo, distingue entre cuatro niveles de intervención en crisis (empatía; afirmación, facilitación, control), según el nivel de crisis implicado (catastrófico, crítico o para el desarrollo). En casos en los que existen amenazas a la vida o al miembro

del cuerpo, los terapeutas adoptan una actitud de apoyo o facilitación al trabajar con la persona en crisis (escuchar, con la sugerencia de posibles soluciones). En situaciones de mayor letalidad (como maltrato a los niños), los terapeutas pueden adoptar un enfoque, más asertivo (canalización a otra agencia) o de control (como denunciar a las autoridades el maltrato infantil, o dar curso a una hospitalización de urgencia).

En la misma línea, Blanton (1976) propone un diagrama de procedimiento para la policía al lidiar con situaciones de crisis. Después de recibir la llamada, las responsabilidades del oficial policiaco son observar la escena, desactivar la situación y, enronces, establecer los hechos. Este hallazgo de hechos puede conducir a un juicio criminal o no; el primero redundaría en un arresto u otra disposición legal, y la segunda, conduce a: a) una remisión; b) separación de las partes en conflicto, o c) mediación. Como con el planteamiento de McMurray, la elección entre a), b) o c) depende de la naturaleza de la crisis particular.

INTERVENCIÓN DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA

Los temas de la bibliografía de intervención con respecto a la oportunidad, las metas, la evaluación y las estrategias, dejan una gran cantidad de preguntas sin contestar. Por ejemplo, si las intervenciones se disponen de 1 a 6 sesiones, cuán diferente es una sesión de ayuda de "un sologolpe" de una intervención con un contacto más extenso (algunas semanas). ¿Cómo difieren las intervenciones en términos de metas y procedimientos? ¿Cuáles asistentes comunitarios estarían implicados en cada una de ellas? ¿No esperamos una especie distinta de intervención de parte de un abogado ocupado, al hablar con una aturrida divorciada, que de parte de un consejero pastoral capacitado, o de un trabajador social que habla con la misma persona al día siguiente?

La mayoría de los escritos respectivos no responden de modo adecuado a estas preguntas. Algunos escritores presentan a la intervención en crisis como una empresa del comportamiento en lo primordial (proveer lo necesario para una remisión, encontrar un lugar en el que el paciente pueda pasar la noche), mientras otros, de manera clara, indican que las tareas de auxilio son más psicológicas en su naturaleza. El rango de metas para la intervención en crisis incluye todo, desde un enlace más preciso con los recursos de ayuda, en un extremo, hasta una más amplia resolución de crisis, en el otro. Las metas de corto y largo plazo pocas veces se diferencian y especifican de manera clara en la mayoría de los escritos.

Un modelo amplio de intervención en crisis debe hacer numerosas distinciones importantes con respecto a las técnicas, extensión del tratamiento, ofrecimiento de servicios específicos, metas y entrenamiento. El modelo debe tomar en cuenta todo lo que ya sabemos sobre crisis vitales, como es el que las crisis implican desequilibrio, altos riesgos, sentido de urgencia e inmediatez, el modelo necesita considerar al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes (en la familia, el trabajo, la iglesia y el vecindario), un participante que día a día se compromete en tratos con el ambiente.

El cuadro 5-1 presenta un modelo de intervención diseñado para abordar estos temas de manera directa. Construido a partir de las persistencias presentadas en los informes clínicos y de investigación existentes, el modelo amplio va más allá al hacer una distinción entre la intervención en crisis de primera y segunda instancia.

Podemos comenzar por describir los primeros auxilios psicológicos, o de intervención en crisis de primera instancia, que abarca la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión. Los primeros auxilios psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar y reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más, esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en que aquella surge. Se puede instruir a los hijos, del mismo modo que ahora saben dar primeros auxilios físicos en situaciones de urgencia (De hecho, alguna de la primera bibliografía "sobre los padres" parecía estar encaminada a ello (Ginott, 1965; Gordon, 1970).] La policía otorga los primeros auxilios psicológicos cuando interviene en conflictos domésticos, como lo hacen los abogados cuando se dan tiempo para aconsejar a un cliente alterado y, entonces, lo remiten a orientación o psicoterapia más tarde.

Como lo indica el cuadro 5-1, los primeros auxilios psicológicos son una breve intervención que, donde sea, toma algunos minutos o algunas horas, según

Cuadro 5-1. Intervención en crisis: modelo amplio

	Intervención de primera instancia: Primeros auxilios psicológicos	Intervención de segunda instancia: Terapia para crisis
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Por parte de quién?	Protectores de vanguardia (pudres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etcétera)	Psicoterapeutas y orientadores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros pastorales, orientadores, enfermeras psiquiátricas, etcétera)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hogares, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etcétera	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, iglesias, etcétera
¿Cuáles son las metas?	Reestablecer el enfrentamiento inmediato; dar apoyo; reducir la mortalidad; enlace con recursos de ayuda	Resolver la crisis; trans laborar el incidente de crisis; integrar el incidente a la trama de la vida; establecer la apertura/disposición para encarar el futuro
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos (capítulo 6)	Terapia multimodul para crisis (capítulo 8)

la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis, y según la habilidad del asistente. El seguir la tradición clínica en el trabajo con la crisis, limita las metas. El enfrentamiento inmediato con el punto principal (pasa el día/la noche; planear el mejor paso siguiente). En la práctica, esto se descompone en tres submetas: otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte (como en los casos de maltrato infantil, golpear al cónyuge, suicidio y homicidio), y el enlace con recursos de ayuda (remisión a orientación). El contacto completo de los primeros auxilios se encamina a estas áreas, nada más; no se hace ningún esfuerzo para completar la resolución psicológica de la crisis.

Un conjunto especial de procedimientos de solución de problemas, adaptado para valorar la intensidad de las situaciones de crisis, proporciona una guía de conducta para el consejero/asistente. Estos procedimientos se identifican en el cuadro 5-1 como los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, y cubren los pasos necesarios y suficientes para el primerísimo contacto crucial con la persona en crisis. Cada componente conlleva aptitudes y comportamientos que pueden enseñarse y medirse. Una explicación de cada uno se presenta en el capítulo 6.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, por otra parte, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento, inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis. Como indica el cuadro 5-1, la resolución de la crisis significa asistir a la persona (expresión de sentimientos, adquirir dominio cognoscitivo sobre la situación, etcétera), de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor equipado para encarar el futuro. Planteado de otra manera, la terapia para crisis busca hacer mínima la oportunidad para que la persona se convierta en una víctima psicológica del incidente que provocó la crisis, lo mismo si ésta es para el desarrollo (como la muerte inesperada de un ser querido) en su naturaleza. Como un proceso terapéutico, la terapia para la crisis se comprende mejor como una empresa de corta duración (de algunas semanas o algunos meses). De manera ideal, la terapia acompañará al periodo de seis semanas o más durante el cual se restaura el equilibrio después de una crisis.

No sólo la terapia para crisis requiere más tiempo que los primeros auxilios psicológicos, también requiere más aptitudes y entrenamiento de parte del asistente que en aquéllos. "El terapeuta" es quizá la mejor categoría general bajo la cual se incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros pastorales y otros, que hayan tenido entrenamiento en terapia breve.

De manera similar, los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis difieren una de la otra en la localización del servicio. Entanto los primeros auxilios psicológicos pueden ofrecerse casi en cualquier parte (por teléfono, en una estación de autobuses, en la casa, en un pasillo o en la oficina), la terapia para crisis tiene los mismos requerimientos de espacio físico que cualquier otra modalidad de orientación psicoterapia (una sala privada en la cual un consejero y el paciente o la familia de éste pueda hablar/trabajar durante una hora o más por sesión).

Por último, la terapia para crisis se distingue por sus procedimientos. Sobre la base del trabajo de Lazarus (1976, 1981), la terapia multimodal para crisis, analiza los aspectos conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo de cualquier crisis de un paciente. El esfuerzo terapéutico completo se

estructural alrededor de cuatro áreas de la resolución de la crisis (cada una de las cuales ocupa uno o más de los subsistemas personales): supervivencia física, expresión de sentimientos conductuales e interpersonales.

La distinción entre intervención en crisis de primera y segunda instancia es que proporciona respuestas a muchas de las preguntas surgidas anteriormente en este capítulo, tales como la diferencia entre la intervención en crisis por un abogado (primeros auxilios psicológicos) y un consejero en una clínica de salud mental (tanto los primeros auxilios psicológicos como la terapia para crisis). Donde el modelo no produce claridad inmediata, pone el cimiento para la investigación, que sí puede hacerlo. Recordamos, por ejemplo, a partir de repaso a la investigación sobre intervención en crisis (Auerbach y Kilmann, 1977), que algunos estudios ofrecen claros vínculos entre el proceso de intervención en crisis y el efecto sobre el paciente. Los primeros auxilios psicológicos y procedimientos de entrenamiento de la terapia multimodal para crisis, pueden codificarse para su uso en investigaciones sobre el proceso y el resultado. El trabajo inicial en esta dirección se presenta en el capítulo 21.

EN SÍNTESIS

La distinción entre los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis como se presenta en el cuadro 5-1, es fiel para la reciente historia clínica del trabajo de crisis y, al mismo tiempo, propicia para el desarrollo de programas de investigación muy necesarios en este campo. El recordatorio de la segunda parte de este libro analizará cada grupo de intervenciones en detalle. Veremos de modo estrecho cómo otorgar los primeros auxilios psicológicos con el uso del planteamiento de cinco componentes, y cómo llevar la terapia para crisis con la utilización del formato multimodal de Lazarus. Cada enfoque se aplica también a casos ilustrativos de crisis circunstanciales y para el desarrollo. •

Intervención de primera instancia

6

Primeros auxilios psicológicos

Urgencia si debía ella tratar de derrumbar la puerta del departamento de su novio. Ella teme que él haya tomado medidas en un intento de cometer suicidio.

Un muchacho de 21 años llama a su ministro desde una caseta telefónica: "Papá me pegó otra vez. Tengo miedo de ir a casa".

Un contador de banco confiesa a su supervisor que "sus problemas maritales" son la causa de su reciente bajo rendimiento en el trabajo. Cinco días antes su esposa lo abandonó. Él ha bebido de un modo excesivo desde entonces.

Se le pide a un trabajador social que trabaje con dos padres jóvenes en la sala de urgencias de un hospital. Ellos acaban de saber que su hijo de cuatro años murió tras ser atropellado por un automóvil.

Cada uno de los asistentes representados en estos casos –el trabajador de la línea telefónica, el ministro, el supervisor del banco, y el trabajador social– se encaran con el reto de dar los primeros auxilios psicológicos a una persona o familia en crisis. Recordemos del capítulo anterior que estas intervenciones de primera instancia son cortas (lo usual es una sesión), y pueden proporcionarles una amplia gama de asistentes comunitarios y son más efectivas al principio de la crisis.

METAS

La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es reestablecer el enfrentamiento inmediato. Según Caplan (1964) y otros teóricos, las crisis vitales se caracterizan por un colapso de las capacidades de solución de problemas y enfrentamiento que antes eran adecuadas. Para la persona en crisis, el punto crucial del asunto es que ella, de modo simple, se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que confronta en ese momento. El objetivo primario del asistente es, entonces, auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema (Lazams, 1980).

Existen tres submetas de los primeros auxilios psicológicos que dan dirección a la actitud del asistente. Proporcionar apoyo es la primera, y se apoya en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas, en tanto soportan cargas extraordinarias. Al ayudar a la gente a llevar sobre los hombros parte de la carga, el apoyo se convierte en uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis. De manera concreta, ello significa permitir a la gente hablar para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También significa reforzar la firmeza de la gente, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis. Dar apoyo, cierto es un concepto nuevo. Al contrario, es un concepto que corre a lo largo de historia de campos tales como la medicina, el ministerio y otros servicios humanos y sociales.

Reducir la mortalidad, la segunda submeta de los primeros auxilios psicológicos, se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante las crisis. Es frecuente, de manera especial en una sociedad donde la violencia es, por mucho, una parte de la vida cotidiana, que algunas crisis conduzcan al daño físico (como golpear a los hijos o al cónyuge) o aun a la muerte (suicidio, homicidio). Una submeta determinante para los primeros auxilios psicológicos es, entonces, tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación. Esto puede implicar el deshacerse de las armas, arreglar el contacto sostenido de un amigo de confianza por algunas horas, conversar con una persona que pasa por una situación tensionante o, en algunos casos, iniciar la hospitalización de urgencia.

Por último, proporcionar enlace con fuentes de asistencia, la tercera submeta, se vincula de modo directo con nuestra definición de la crisis vital como un periodo en el que los suministros y recursos personales se han agotado (Miller e Iscoe, 1963). Antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el asistente fija con precisión las necesidades fundamentales. Y entonces realiza una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia. Algunas veces esta remisión será para orientación individual de tipo (de terapia para crisis) breve. Otras veces la misma será para asistencia legal o auxilio de parte de una agencia de servicio social. En cualquier caso, la línea de fondo en los primeros auxilios psicológicos es proporcionar un enlace apropiado, de manera que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis. La remisión a otro asistente o agencias proporciona lo mismo orientación que descarga para el asistente. Ello le da dirección al

proceso de asistencia, y, también, pone límites acerca de lo que se espera de cualquier persona, lo mismo uno de los padres, un trabajador de línea telefónica de urgencia, un vecino, un abogado o un empleador.

CINCO COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Podemos conceptualizar el proceso de los primeros auxilios psicológicos al basarnos en elementos clave que representan modelos de entrenamiento, representativos de la intervención en crisis (Berg, 1970; Knickerbocker y McGee, 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976a). El elemento común en cada uno de éstos, aunque no con frecuencia expresado completamente claro, es un modelo básico de resolución de problemas, que se corrigen a la luz de las emociones intensas de las situaciones de crisis. Lo que surge aquí es un enfoque de cinco pasos, que incluye:

- Realizar un contacto psicológico;
- analizar las dimensiones del problema;
- sondear posibles soluciones,
- asistir en la ejecución de pasos concretos,
- y seguimientos para verificar el progreso.

El cuadro 6-1 lista los componentes, lo mismo que la conducta del asistente y los objetivos que implica cada paso del modelo.

Realización del contacto psicológico

Algunas personas definen este componente como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. El escuchar de modo empático se identifica de manera más sólida con la terapia centrada en el paciente, de Carl Rogers (1951), y es una condición previa para cualquier actividad de asistencia. En el presente contexto significa escuchar lo mismo los hechos. Los "mi qué"!!! el "toco"!!! el "que"!!! el "pec"!!! y la utilización de lineamientos reflexivos, para que la persona sepa que de manera real escuchamos lo que ha dicho. En la desorganización y el trastorno por una crisis, con frecuencia lo novedoso o extraño de la experiencia es la parte más atemorizante. La tarea primaria del asistente es escuchar cómo el cliente visualiza la situación y se comunica, cualquiera que sea el entendimiento que surja.

El cuadro 6-1 lista los principales comportamientos del asistente implicados en la realización del contacto psicológico; por ejemplo, al invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo del "que"!!! (los hechos) y la reacción de "la"!!! -pentecimiento (los hechos), establecer ligos. re. (vos,)tas foliúndolos. senliemíós están presentes de manera obvia (señales no verbales); aunque todavía no se expresan en palabras, con ello se legitiman, y los asistentes suavemente comentan al respecto: "Puedo sentir, por la manera en que usted habla cuán perturbado se siente respecto a lo que ha pasado, o,

"parece que usted también está muy enojado acerca de lo que ha pasado", y cosas así, en el modo correcto.

Crow (1977) identifica el sentimiento de los concontiantes afectivos usuales de la crisis como ansiedad, ira o depresión (crisis "amarilla, roja y negra", respectivamente). Él describe la tarea del asistente como no sólo reconocer estos sentimientos, sino también responder de manera tranquila y controlada, resistir la tendencia de quedar atrapado (ponerse ansioso, enojado o deprimido), ante la intensidad de los sentimientos del paciente.

Cuadro 6-1. Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos

Componente	Comportamiento del asistente	Objetivo
1. Realizar el contacto psicológico	Invitar al paciente a hablar; Escuchar los hechos y sentimientos; Sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos; Efectuar declaraciones empáticas; Interés por comunicarse; Tocar/abrazar de manera física; dar "control calmante" a una situación intensa	Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado Reducida intensidad delaturdimientos emocional Reactivación de las capacidades de resolución de problemas
2. Examinación de las dimensiones del problema	Indagar acerca de: Pasado inmediato; Incidente que precipitó la crisis; FuncionamientoCASIC previo ala crisis (fortalezas debilidades); Presente; Funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades); Recursos personales (internos); Recursos sociales (externos); mortalidad; Fulllltl illmediato; Decisiones inminentes -para esta noche, fm de semana, los proximos días/ semanas	Orden jurídico: a) Necesidades inmediatas; y b) necesidades posteriores
3. Analizar posibles soluciones	Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora; Exmnar qué es lo que el r,acienre puede/ podría hacer ahora; Proponer nuevas alternativas: Un nuevo comportamiento del paciente;redefmición delproblema; asistencia externa (un tercero); cambio ambiental	Identificar una o más soluciones para lasnecesidades inmedias y posteriores

Cuadro 6-1. Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos (continuación)

Componentes	Comportamiento del asistente	Objetivo
4. Asistir en la ejecución de acción concreta	Véase más abajo	Ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas
Acción roncreta: Comportamiento del asistente		
Si: a) la mortalidad es baja, y b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, eq!Qnces:		Si: a) La mortalidad es !!lta o b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:
Actitud taclUtadora: "Hablanws"; "tú actúas";y se hace un contrato para actuar entre el asistente y el paciente		Actitud directiva: "Hablamós"; "yo poedo actuar en tu bencio";y el contrato para la accióif puede incluir a la familia y otros recursos com!mitarios
Losrangos de11CCiónvan <le escuchardemodo activo hasta dar consejos		Los rangos de acción van de la movilización activadereCl,lfSOS\$b!lStaelconJ:oldelasituación
5. Seguimiento	Asegurarlaidentificación de info; nación; e!llllJl par los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio pAra recontactar	Aseg de I retroal otación en las tres submelas delosprimf.l"OS auxilios psicológicos: Elapoyo recibido; reducción de la mortalidad; culminación <lel ewace con (otros) recursos Poner en movimiento 111siguiente fase: Soluciones posteriores; a)t.umecesidades inmediatas se satisficieron con111\$Olucionesinmllldialasy laacciónconcreta que se tomó, y si b) se realiz.ó el enlace para Jas. n!!CeSÍdades i11D1eili .entonces p.arar Sino, regresarse al .paso 2 (las dimensiones del proble:n:)a) y continuar

Elcontactopsicoló no siempre seahesólo medianle comunicaciones verbales. Algunas veces l contacto físico, no verb;Jl, es más efectivo; por ejemplo. tOOlf o ilbmzar a una persona que está muy perturbada. Médicos y pacientes illfonOO.D qoo un conJaeto físico suave o un abrazo sobre el hombro puede oon ill:"Cuencia tener un impodallte efecto calmante, en abono del signiflC;llivo interés humano. E.IJ algunas siblaeiones, por suputo, el tocar a la pmooa es inadecuado y puede ilismnuir la interacción rapéutica LOS médicos dñicos necesitan ser sensitivos a cómo percibirá el paciente semejanre contacto.

Existen varios objetivos para la realización del contacto psicológico. El primero es que la persona sienta que la escucha, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de las emociones. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto. Al reconocer y legitimar los sentimientos, de ira, dolor, temor, etcétera, y a partir de eso reducir la intensidad emocional, la energía puede entonces reorientarse hacia hacer algo acerca de la situación. Veremos más tarde cuán esencial se vuelve la parte del contacto en los primeros auxilios psicológicos.

Examen de las dimensiones del problema

El segundo componente de los primeros auxilios psicológicos implica la evaluación de las dimensiones o parámetros del problema. La indagación se enoca a es áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial el incidente específico que desató o precipitó la crisis (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge).

También es importante determinar el funcionamiento CASIC, así de la persona antes de la crisis. Sin comprometerse en una indagación sistemática, el asistente puede escuchar las características más relevantes del comportamiento, afectividad, el somatismo, así como la vida interpersonal y cognoscitiva de la persona antes de la crisis. ¿Cuáles fueron las fuerzas más aparentes; por ejemplo, un empleo estable (modalidad del funcionamiento)? ¿Cuáles fueron las principales debilidades o carencias de la persona; por ejemplo, una pobre autoimagen (modalidad cognoscitiva), pocos amigos (interpersonal), y así sucesivamente. ¿Por qué la solución de problemas sufrió un colapso en este periodo en particular? ¿ha pasado algo así antes? Aquí la indagación sigue por la premisa de la teoría de la crisis en cuanto a que para la mayoría de la gente el estado de crisis tiene un incidente que lo precipita (se debe averiguar cuál), ya que la incapacidad para el enfrentamiento conduce a la crisis. O a pregunta se o a aquí ¿por qué él/ella no puede enfrentarse [con la crisis] ahora?.

La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo", de un reportero investigador. Necesitamos hallar quién está implicado, qué pasó, cuándo, y demás. Esto se completa la yoda de las veces simplemente al tener la narración de la persona. Además, es importante escuchar a las características más relevantes del funcionamiento CASI para crisis de parte de la persona. ¿Cómo se siente la persona ahora (modalidad afectiva)? ¿Está el paciente (a) bajo la influencia de cualquier otra droga ahora mismo? (Véase el recuadro de "Primeros auxilios psicológicos con pacientes bajo el influjo del alcohol y otras drogas, en la página 120.) ¿Cuál es el impacto de la crisis en la vida familiar y los amigos (modalidad interpersonal), y en la salud física (somática)? ¿Cómo se ha afectado la rutina diaria de él/ella (modalidad del comportamiento)? ¿Cuál es la naturaleza de las reflexiones mentales de la persona, lo que incluye los pensamientos y fantasías, lo mismo que los sueños en la noche y el día durante la crisis (modalidad cognoscitiva)? (Véase el capítulo 2 para otras variables relevantes dentro de cada una de las 5 modalidades.)

La atención se pone tanto en las fortalezas como en las debilidades durante el periodo de crisis. Por ejemplo, ¿cuáles actividades rutinarias (como el ejercicio físico) son parte del estilo de vida de la persona y pueden actuar en la transición de la situación difícil? ¿Cuáles amigos o miembros de la familia pueden estar disponibles para ayudar? Si existe cualquier indicio de daño físico (para el paciente o para alguien más), se realiza una evaluación de la mortalidad del mismo. Se pone particular atención a los intentos anteriores, la naturaleza de los planes de suicidio/homicidio, y la buena voluntad para mantener contacto con los "otros significantes", cada uno de los cuales se analiza de manera detallada más adelante, en este capítulo.

Por último, ¿cuáles son las probables dificultades futuras para la persona y su familia? Un adolescente en fuga necesita un lugar para pasar la noche (o la semana), en tanto se realizan las decisiones acerca de cuál es el siguiente paso. Una mujer separada de manera reciente de su esposo, puede necesitar consejo acerca de cómo controlar la soledad y cómo hablar a sus hijos acerca de los acontecimientos recientes. Según las circunstancias, ella también puede necesitar orientación breve después, para ayudarla a que aprenda a sortear el rompimiento. Cualquiera que sea el caso, en este componente de los primeros auxilios psicológicos, estas necesidades se destacan como las dimensiones del problema.

El objetivo principal de este segundo aspecto de los primeros auxilios psicológicos es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona, dentro de dos categorías: 1) conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata; y 2) conflictos que pueden dejarse para después. En la confusión y desorganización del estado de crisis, las personas con frecuencia tratan de lidiar con todos al mismo tiempo. Muchas veces existe una pequeña conciencia de lo que debe ser tratado ahora mismo y lo que puede esperar unos días, semanas, o aun meses. Un papel importante del asistente es, entonces, auxiliar con este proceso de ajuste. Ejemplos de conflictos que pueden necesitar atención inmediata serían: hallar un lugar para pasar la noche, manejar una persona que se quiere suicidar esa misma noche, o "ganar tiempo" en una disputa familiar, de manera que todos puedan hablar en un momento menos acalorado. Las necesidades posteriores abarcan cualquier cosa, como no necesitar de cuidados durante varias horas o días, y puede incluir cuestiones como la necesidad de asistencia legal, consejería matrimonial, terapia individual para crisis, rehabilitación vocacional y otras semejantes. Cualquiera de estas alternativas puede ser útil en la subsecuente resolución psicológica de la experiencia de crisis.

Muchas veces, desde luego, hay poco tiempo para examinar todos los aspectos del problema, y muchas de estas preguntas se posponen. También, con más frecuencia que de manera excepcional, los clientes ofrecen de modo voluntario mucha de la información, de manera que los asistentes rara vez necesitan dirigir una indagación paso a paso. Lo mismo si es un policía que interviene en un pleito doméstico, un trabajador de línea telefónica de urgencia que habla con un interlocutor suicida, o un ministro que visita un hospital a un padre abrumado por el duelo, el interventor efectivo tiene en la mente el marco precedente, en tanto se habla con la persona en crisis. Aunque el asistente puede no preguntarse de manera directa acerca de cada una de las categorías mencionadas antes, las tiene en mente mientras escucha al paciente. Como detallaremos, la S

categorías proporcionan un mapa cognoscitivo para ayudar a dirigir la evaluación de las situaciones de crisis.

Por último, como con los lineamientos reflexivos de contacto psicológico, no es digno de mención contar de modo simple la historia, en términos muy concretos, a alguien que escucha con interés, con frecuencia produce lo mismo alivio emocional que comprensión (de parte del cliente) acerca de qué necesita hacerse para sortear la crisis. El aspecto de información -acopio de los primeros auxilios, entonces, puede tener un beneficio terapéutico inmediato para el paciente, y lo mismo auxilia al asistente que al paciente en la planeación de los próximos pasos.

Análisis de posibles soluciones

El tercer componente de los primeros auxilios psicológicos implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Como lo indica el cuadro 6-1, el asistente adopta un enfoque paso a paso, al preguntar primero acerca de qué se ha intentado ya, para entonces

Apartado 6-1

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS CON PACIENTES BAJO EL INFLUJO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

La presencia de alcohol y otras drogas implica cualquier crisis. Los extremos en el funcionamiento CASIC son la norma en estas situaciones, y la evaluación puede presentar un reto para los asistentes. El efecto de los agentes químicos sobre el funcionamiento cognoscitivo hace difícil para el paciente responder preguntas cruciales como: ¿cuándo y de cuál droga se ha ingerido, y hace cuánto tiempo? Algunas veces es difícil diferenciar entre la embriaguez y enfermedad mental, puesto que los síntomas pueden ser reflejo de uno de los dos. Para complicar aún más el cuadro, muchos adictos mezclan sustancias con alcohol. También, las drogas disponibles en el decenio de 1990 no son las mismas que existían hace 20 o 30 años. Se han desarrollado nuevas variedades de antiguas drogas, como la cocaína crack, que se fuma y produce una reacción adictiva más pronta y más intensa que la cocaína en otras variedades.

Un repaso de la bibliografía sobre la adicción a droga y alcohol sugiere las siguientes pautas para los consejeros que otorgan los primeros auxilios psicológicos a estos individuos:

- 1) De manera rutinaria averiguar acerca de si los pacientes han ingerido o no alcohol u otras drogas (esto incluye observar el comportamiento del paciente, y preguntarle a los familiares/amigos que lo acompañan);
- 2) atender a los indicadores físicos comunes para la adicción a sustancias (somnolencia y cabeceo; pupilas fijas o dilatadas; piel sonrojada, hinchada o seca;

• Véase Coheo y Marcos (1989); Ellis, Mcinerney, DiGiuseppe y Yeager (1988); Foreman y Zerwekh (1971); Galian (1982); Mendelson y Mello (1979); Nace (1987); O'Brien y Cohen (1984); Robbins, Katz y Stern (1985); Safer (1987); Schwartz y Smith (1988); Washton y Gold (1987).

Apartado 6-1

(continúa)

marcas de quemaduras o inserción de agujas; fracturas, y dificultades para la coordinación); indicadores conductuales (simpleza, hablar apresurado, alboroto y agresividad), y cambios emocionales (euforia, tranquilidad, conciencia exaltada, incremento en la percepción sensorial, lo mismo irritabilidad, ira, depresión, angustia, ansiedad, nerviosismo y paranoia) (Robbins, Katz y Stern, 1985); 3) recordar que el peligro de muerte se incrementa con la presencia del alcohol y las drogas, y puesto que la capacidad de juicio empeora, el comportamiento con frecuencia está fuera de control y es imprevisible los sentimientos (ira, ansiedad y depresión) se exaltan; 4) buscar asistencia médica (disponible en las salas de urgencia de los hospitales) ante cualquier indicio de sobredosis; 5) al hablar con una persona bajo la influencia de sustancias químicas: a) no sobreestime al paciente, en vez de eso háblele de manera tranquila y apoyadora; b) apártese de la plática crítica o condescendiente (un problema para algunos asistentes, puesto que los pacientes intoxicados con frecuencia evocan el resentimiento y los juicios por parte de los demás); c) apártese de la resolución de problemas que provoca confrontaciones, puesto que no es muy probable que haya un cumplimiento terapéutico sino hasta que la persona está sobria; d) dé pasos para reducir el peligro de muerte, lo que puede incluir mantener a la persona en el ambiente del tratamiento hasta que se le desintoxique por completo, o hasta encontrar a alguien sobrio para llevarla a su casa; 6) reconocer que la evaluación completa (que incluye si la persona tiene o no un serio problema de dependencia, por oposición a un periodo corto de fuerte consumo ante la crisis principal) puede tener que esperar hasta que se desintoxique a la persona; 7) Incluir un examen completo del episodio de uso de drogas, como parte de la Intervención en crisis de segunda instancia (terapia para crisis); 8) reconocer que la adicción a sustancias químicas puede ser una interferencia mayor en el proceso de resolución de la crisis (capítulo 6 de esta obra), y que el tratamiento para la adicción a sustancias sea probablemente un componente determinante de la terapia para crisis.

llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido por lo que el asistente ofrece como otras posibilidades. Se analizan los más y los menos (las ganancias y pérdidas) de cada solución. Después aquellos son sintetizados y jerarquizados de modo adecuado a las necesidades inmediatas y postergables, identificadas con anterioridad.

Al seguir un principio básico de la intervención en crisis (capítulo 5), podemos alentar al paciente como pueden por sí mismos, incluso si sólo es para generar alternativas acerca de qué hacer en esta situación particular. La premisa es que la falta de ayuda puede controlarse al alentar al paciente a generar ideas acerca de cuál es el siguiente paso, es decir, auxiliarlo a obrar a partir de una posición de fortaleza antes que de debilidad. Esto puede evolucionar a partir de hacerle preguntas acerca de cómo han tratado problemas previos. Sólo después de analizar las sugerencias del cliente, el consejero se asocia en una lluvia de ideas para generar otras soluciones al problema.

Otras dos cuestiones del proceso merecen mencionarse aquí. La primera es la importancia de instruir a algunos pacientes para que consideren la idea de que existen posibles soluciones. El consejero tal vez tendría que estructurar el análisis con comentarios como: "Consideremos tan sólo lo que pasaría si tú (hablaras con ella, te vas a casa esta noche, llamas a la guardería municipal,

a tus 1)3.dres, etc.)? ¿Qué puede pasar? En tales casos, el consejero hace un paco, en el proceso de los primeros auxilios psicológicos, para opciones no intentadas y desechadas prematuramente, y guía al paciente a considerarlas por completo. Demodosimilarsele puede preguntar: ¿Qué tipos de soluciones puede intentar a Jguien más? Piensa en a Jguien que pueda saber qué hacer -¿cuáles serían las ideas de esa persona?" Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular; por ejemplo, la modalidad no asertiva como obstáculo para la confrontación con el cónyuge, o no tener un automóvil como impedimento para comprometerse con la orientación individual. Los consejeros no pueden dejar tales asuntos al azar. En cambio, ellos piensan por adelantado ante los posibles obstáculos y asumen la responsabilidad de ver que éstos se encaucen antes de desarrollar un plan de acción.

El cuadro 6-1 establece el objetivo de este componente como la identificación de una o más soluciones para contrastarlas tanto con las necesidades inmediatas como con las posteriores. Esto es especialmente cierto para las primeras. Algunos pasos factibles deben identificarse para encauzar las necesidades más presionantes. Los primeros auxilios psicológicos no están completos hasta que se identifiquen estos pasos. Más allá, en la mayoría de los casos (con excepción de aquellos en que el paciente está tan confundido que no puede participar en el proceso), debería existir un acuerdo entre el paciente y el consejero acerca de la aceptabilidad de las soluciones que se escogieron. Si esto no se ha cumplido, entonces es probable que no se haya analizado algún "obstáculo", lo que indica la necesidad de hablar más acerca de los parámetros del problema, las soluciones y/o la confrontación entre ambos.

Ejecución de la acción concreta

Relacionado directamente con la acción y la orientación hacia las metas, el cuarto componente de los primeros auxilios psicológicos implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. Según el cuadro 6-1, esto significa la ejecución de lo aprobado acerca de la(s) solución(es) inmediata(s), encaminada(s) a tratar con la(s) necesidad(es) inmediata(s). El paso de acción puede ser tan simple como un acuerdo para verse al día siguiente, o tan complicado como iniciar la hospitalización de urgencia.

Es importante recordar que queremos que el paciente haga tanto como él/ella sea capaz de hacer. Sólo cuando las circunstancias deterioran severamente la capacidad de un paciente para actuar, un consejero toma un papel activo, y aun entonces, esto se hace de manera gradual.

Según los principales factores (letalidad y capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio), el asistente toma una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis. Si la situación tiene una alta letalidad (peligro para el paciente, para el asistente o para alguien más), o si la persona no es capaz de cuidar de sí misma (está ebria o tan perturbada emocionalmente como para estar indispuést), entonces la actitud del asistente es directiva. Cuando no existe peligro para sí mismo o para otros, y cuando una persona, aunque esté perturbada emocionalmente, es todavía capaz de conducir a casa, telefonar a su cónyuge, permanecer un largo fin de semana, entonces el papel del asistente es más facilitador que directivo.

Para aclarar aún más estas distinciones (cuadro 6-1) podemos pensar en la actitud facilitadora como aquella en la que: 1) el asistente y el paciente hablan acerca de la situación, pero, 2) el paciente toma la principal responsabilidad por cualquier acción. Aún más, cualquier convenio con respecto a la acción es un

Apartado 6-Z

ASESINATO DE UN NIÑO DE SEIS AÑOS EN UN HOSPITAL

SPRINGFIELD. Mass. (AP).- Rose Lombardi trató desesperadamente de rescatar a su hijo de seis años, cuando ella vio a un hombre blandir un cuchillo de hoja delgada para deshuir sobre aquel. Pero cuando aquello terminó, Anthony Lombardi estaba muerto y la señora Lombardi y otras cuatro personas habían sido heridas en una sangrienta parranda de acuchillamientos en el hospital.

William B. Robinson, un antiguo empleado de una fábrica de helados, recibió cargos de asesinato y ochojuicios por asalto con una arma peligrosa, y fue hospitalizado bajo custodia policiaca después del accidente del lunes.

Su hermana dijo que el comportamiento violento apareció un día después de que Robinson, de 42 años, visitara el hospital en busca de ingresar y con la amenaza de que podía matar a alguien.

"Si lo hubiera admitido en el hospital esto nunca hubiera pasado", dijo Edna Hooks. Estas personas no hubieran sido heridas. Él amenazaba con matar a todos los que se cruzaran por su camino.

Según los guardias de seguridad en la Unidad Hospitalaria de Springfield en el Centro Médico de Bay State, el hombre entró a la sala de urgencias hacia las tres de la mañana. A las 16 a una milla y comenzó a hucuchillarla. El guardia Harold Ferrier, de 62 años, pidió ayuda por radio, antes de ser acuchillado por la espalda.

Bishop (sic) escuchó el llamado que decía "¿alguien ha acuchillado todos aquí! ¡Y corrió hacia allá. Él dijo que enrontró al hombre fuera del área de ambulancias, agazapado, con el pequeño Lombardi en sus brazos.

Cuando Bishop dijo al hombre que soltara el cuchillo, el agresor bajó al niño y embistió. "Soy el rey, soy el rey!", gritaba. "Lo hice. ¿Qué harás tú ahora?"

La señora Lombardi, de 30 años, originaria de Agawam, fue hospitalizada en el estable con herida de cuchillo, que recibió cuando trató de salvar a su hijo. La policía dijo que ella y su hijo habían ido al hospital a recoger a un paciente.

Junto con Ferrier y la señora Lombardi, tres pacientes femeninas fueron sometidas a tratamiento por heridas de cuchillo. La policía dijo que la violencia comenzó una hora antes, en la casa de Robinson.

El teniente John Coville dijo que Robinson irrumpió en un baño y arrojó un limpiador cáustico para drenaje a su esposa, Norma, y le prendió fuego a ella. Su meta de la noche: matar a su esposa, Shannollyn Reynolds. Entonces él acuchilló a su esposa, dio un golpe, y se encaminó hacia el hospital.

La señora Robinson estaba en condiciones favorables y la señora Reynolds en buen estado, en la unidad Wesson de Bay State.

Robinson, quien recibió quemaduras de segundo y tercer grados en sus brazos y pecho por el agente químico, estaba en condición estable en el mismo hospital.

Fuente: "Six-year-old boy slain in hospital", en *The Springfield Record*, 24 de junio de 1980, United Press International (UPI). Reproducido con autorización.

asunto que implica sólo al asistente y al paciente. Por ejemplo, una paciente y el consejero pueden hablar y entonces acordar que sería bueno para ella primero hablar con su marido por teléfono antes de tomar cualquier decisión importante acerca de abandonar el hogar o regresar a él, este fin de semana. Ella sola, de cualquier modo, haría la llamada telefónica, y entonces informaría al consejero cuál fue el resultado. El convenio implica sólo a los dos, al consejero y al paciente.

Apartado 6-3

APARENTEMENTE UNA MADRE MUSE RAJÓ

Mount Clemens, Michigan (UPI).- Una mujer divorciada, del área de Detroit, detenida por el asesinato de sus tres hijos, formuló un testamento y, en apariencia, planeó quitarse la vida, pero se rajó", según dijeron el sábado los detectives.

Leticia Dueweke afrontaba tres cargos por asesinato en primer grado al disparar contra su hija Cynthia, de 16 años, y sus hijos Mark, de 15, y Karl, que el viernes hubiera cumplido 10 años. La mujer fue detenida sin derecho a fianza en la cárcel del condado de Macomb.

La policía especuló que la señora Dueweke esperó a que sus tres hijos regresaran a casa de la escuela, y le disparó a uno por uno con una pistola mágnam .357 de seis tiros, que ella había adquirido después de su divorcio, el 23 de agosto.

A parecer, la mujer pasó toda la noche con los cadáveres, y entonces telefonó a su esposo, Ralph, el viernes por la mañana, para notificarle de los disparos. Dueweke estaba en la casa cuando llegó la policía.

"Ella había planeado matarse, pero se rajó", dijo el teniente Uoyd Rivard, jefe de detectives en el Departamento de Alguaciles del Condado de Macomb. "No pudo hacerlo".

Cuando la policía llegó a la casa halló a la mujer cuando "escribía un testamento en el que le dejaba todo a su esposo. Ella especificó su elección de una cierta funeraria", manifestó el detective-sargento Gail Caudle.

La policía dice que hallaron en la casa 25 casquillos de bala percutidos, algunos de ellos en el sótano, donde la señora Dueweke, en apariencia, había colocado un blanco para practicar con la pistola.

Un amigo dijo que la señora Dueweke, de 42 años, había estado abatida por su divorcio y por la perspectiva de criar ella sola a sus hijos.

"Ella no estaba segura de su futuro, porque no tenía capacitación para trabajar", dijo Roger Gill, un vecino tontigo y amigo por largo tiempo de la mujer y de su ex marido, un trabajador social de escuela.

Los vecinos dijeron que los Dueweke eran activos y felices, y llevaban una vida tranquila antes del divorcio. Ofrutaban de acampar y con frecuencia se les veía remar en un bote en el río Airto. que corre cerca de su casa.

"Ella era, ni más ni menos, una vecina súperbuena", dijo Caudle. "Ella era una persona tímida, que se guardaba todo para sí misma y nunca le creaba problemas a nadie".

Fuente: Motler Apparently Thickened Outen The Coámbia Record, 23 de septiembre de 1979. In Jffaf Press Internatioal (UPI). Reproducido on autai:z:dlin.

Bajo una actitud directiva, de cualquier manera, el enfoque es un poco diferente. Aunque el 1) hablar es de nuevo entre el paciente y el asistente, la 2) parte de la acción puede incluir al asistente mismo que al paciente. Demanera similar, el 3) convenio para la acción puede implicar a otros; por ejemplo, el cónyuge que no está presente durante la sesión inicial, u otra institución de servicios (una de bienestar infantil, la policía, personal hospitalario).

Existen otras diferencias entre las actitudes de acción facilitadora y directiva. Como lo indica el cuadro 6-1, los enfoques facilitadores pueden ir desde escuchar de manera activa hasta dar consejos. Lo primero significa de manera primordial escuchar y volver a reflexionar de nuevo sobre el contenido del mensaje a través de las varias fases del análisis. En otros casos, la actitud facilitadora incluye consejos o que el asistente abogue por un particular curso de acción, por ejemplo: "Me preocupa lo que pueda pasarte. De veras creo que tú deberías..."

Muchas veces el consejo tiene tanto que ver con los pensamientos como con el comportamiento, y cuando el asistente proporciona nuevas indicaciones o vías para definir el problema. Para la mayoría de la gente la extrema desorganización y el trastorno característicos de las crisis son lo mismo atemorizantes que nuevos. A falta de maneras de conceptualizar y entender la experiencia, muchos pacientes en crisis hablan de estar temerosos de "volverse locos", "hacerse pedazos", "perder el control", como si sus sentimientos fueran síntomas de enfermedad mental.

El terapeuta, entonces, tiene la oportunidad/responsabilidad de proveer indicaciones que son lo mismo puntuales que facilitadoras para la resolución de la crisis. En tales situaciones no es infrecuente para un terapeuta establecer lineamientos como: "Tú puedes pensar que estás enloquecido o enfermo de la mente, pero no creo que lo estés", o, "dado que ha pasado todo esto, me sorprendería que no te sintieras desorganizado, confuso, sin ayuda. Me parece que presentas más bien una respuesta normal a incidentes anormales. Tú sabes, me preocuparía por ti si no reaccionaras de manera tan fuerte a todo esto". El lenguaje del terapeuta es determinante, puesto que la manera en que los pacientes conceptualizan su dolor juega un importante papel en la adaptación subsecuente. La gente que se etiqueta a sí misma como enferma de la mente, con frecuencia impone límites a su recuperación posterior. Por otra parte, la gente que visualiza su trastorno y desorganización como algo temporal y esperado para la gente normal cuando las circunstancias son graves, puede liberar energía creativa hacia la superación de la crisis, para entonces desarrollar una visión esperanzada de su propio futuro.

La acción directiva se ordena a partir de la movilización activa de los recursos sociales para tomar una acción muy dominante (por ejemplo, la hospitalización de urgencia de un imbecil). Tanto como el paciente es incapaz de dar los pasos necesarios para atenuar la situación, ganar tiempo o cumplir los enlaces con los recursos de ayuda/sostén (lo mismo en la familia que en una institución), él consejero necesita o implicar a alguien más; o hacerlo por sí mismo para, de esta manera, controlar los efectos inmediatos. En el segundo caso, el asistente actúa para asegurarse de que el paciente sea guiado; o necesario. Un ejemplo de esto sería sacar de su casa a un niño maltratado o proporcionar contacto inmediato y constante para una persona homicida/suicida, cuando todas las demás vías han fallado. De modo congruente con nuestro enfoque

gradual, tal acción sólo cuando todas las demás posibilidades restrictivas han sido consideradas o intentadas, y cuando el alto riesgo indica que la situación no puede dejarse como está. Daremos una explicación más detallada de cómo evaluar la mortalidad, así como pautas para iniciar acciones directivas más adelante, en este capítulo. Por ahora, es importante destacar que, en las situaciones de crisis, algunas acciones directivas/de control se legitiman en la continuidad del comportamiento del asistente.

No se necesita decir que la actitud directiva en el trabajo de crisis saca a la luz numerosos aspectos importantes respecto a lo ético y lo legal. Con fundamento en nuestros criterios para la acción directiva del consejero (alta mortalidad, incapacitación del paciente), existen algunas pautas importantes.

1. Cualquier acción del consejero debe hacerse dentro de las leyes existentes. Es incumbencia de los trabajadores para crisis estar conscientes de las leyes de su comunidad que se relacionen de manera directa con su trabajo. Por ejemplo, en la mayoría de los estados, es requerimiento legal para los trabajadores de los servicios humanitarios (si no es que también para los ciudadanos ordinarios) informar a las autoridades cualquier conocimiento de maltrato a niños. De manera similar, la mayoría de las comunidades tienen leyes que protegen los derechos de los ciudadanos con respecto a la hospitalización involuntaria de urgencia. El criterio de "peligro para sí mismo o para otros" es común para muchas jurisdicciones, como se fundamenta para la intervención directiva/de control en casos de crisis.
2. Como se sugirió antes, las intervenciones de control ocurren sólo después que todo lo demás se ha hallado deficiente.
3. A partir de los precedentes legales y el sentido común, la confidencialidad en un entorno de terapia necesita ser enmendada para encuadrar con otras realidades comunitarias (Bersoff, 1976, con respecto a: *Tarasoff vs. Regents of the University of California*). Una amenaza física a la vida humana (la propia u otra) toma precedencia sobre la lealtad suprema a la confidencialidad en el convenio de ayuda.
4. Por último, al conceptualizar todos los planes de acción como parte de un convenio (lo mismo si éste está escrito o no) entre las partes implicadas (paciente, consejero, familia, institución), los consejeros pueden otorgar tanto claridad como protección al proceso. El comprometerse en un convenio con modelos de primeros auxilios psicológicos remite a los acuerdos alcanzados entre el asistente, la persona en crisis y cualesquiera otra de las partes relevantes. En casos extremos, el convenio para la acción implícito un componente legal; por ejemplo, cuando un juez firma una orden para la hospitalización de urgencia de un psicótico o una persona suicida peligrosa. Con frecuencia, de cualquier manera, el convenio no es un documento legal escrito, pero es, en cambio, verbal, y refleja el acuerdo entre las partes implicadas, acerca de qué se hará. De modo mínimo, esto implica una nueva declaración verbal entre el asistente y la persona en crisis acerca de quién dará cuáles pasos siguientes, y por qué razón.

Antes de tomar cualquier acción directiva, los consejeros deberían pensar acerca de quién la ejecutará, hacia qué fin, por cuánto tiempo, con qué riesgos y con qué

salvaguardas. Cada esfuerzo debería hacerse por una cualidad "sobre la mesa" que caracterice a estas acciones; por ejemplo; "Si tú no dejas que los del bienestar infantil visiten tu casa, entonces yo mismo debo llamarlos. Ésta es la razón por lo que...".

El cuadro 6-1 indica que el "convenio para acción", en una actitud facilitante, implica sólo a dos personas (el asistente y la persona en crisis), pero que, bajo una actitud directiva, esto puede implicar a tres partes. Al dar una calidad contractual a los primeros auxilios psicológicos, nuestra intención es asegurar, al menos para una de las personas en el proceso, que están presentes las protecciones adecuadas, y que existe una estructura conductiva hacia la retroalimentación y el seguimiento.

Seguimiento

El último componente de los primeros auxilios psicológicos implican el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. Como indica el cuadro 6-1, la principal actividad del asistente aquí es especificar un procedimiento para que él y el paciente estén en contacto en un tiempo posterior. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara, o por teléfono. Es importante especificar quién llamará a quién, o quién visitará a quién, lo mismo que el tiempo y lugar para el contacto. Todo esto encaja en lo que puede llamarse "contrato para recontactar". Los primeros auxilios psicológicos no se completan sino hasta que tales procedimientos hayan sido acordados.

El objetivo del seguimiento es, ante todo, completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo. Además, el seguimiento facilita otros pasos hacia la resolución de la crisis. Esto permite al asistente el hacer operativas las soluciones posteriores, ya descritas (como la remisión a una subsecuente terapia para crisis).

En cada caso, existe una verificación de si la solución inmediata fue apropiada o no para la necesidad inmediata. Si las necesidades inmediatas fueron confrontadas con una de las soluciones inmediatas acordadas, seguido esto por los pasos de acción concreta, y se ha completado el enlace para las necesidades posteriores, entonces está completo el proceso y se termina la responsabilidad del consejero/asistente. Si, por otra parte, estas condiciones no se han cumplido (por ejemplo, si la acción acordada no ayudó de la manera que se pretendía), entonces el asistente regresa al paso 2 (analizar las dimensiones del problema), y reexamina la situación en su estado actual. El proceso continúa entonces a través de las posibles soluciones, la acción concreta y el seguimiento.

RESPUESTA A LAS AMENAZAS DE SUICIDIO U HOMICIDIO: VALORACIÓN DE LA MORTALIDAD

Como en el primer contacto de ayuda a la persona en crisis, los primeros auxilios psicológicos incluyen una valoración de si la persona está o no tan trastornada,

desesperada o desorganizada como para que el suicidio u homicidio pudiera ser uno de los resultados eventuales de la crisis. Cada año hay cerca de 20 000 personas que cometen suicidio, y al menos otras tantas que cometen homicidio, en Estados Unidos (*Crime in the United States*, 1979; Frederick, 1977a). La muerte por arma de fuego constituye el mayor número tanto de suicidios como de homicidios. En 1985, por ejemplo, 58% de los homicidios fue por arma de fuego, 41% de todas las víctimas estaba relacionado con los asesinatos, y 39% de todos los asesinatos implicaban disputas entre conocidos (*Crime in the United States*, 1985).

La predicción de si alguien va a involucrarse o no en un acto mortal ha sido el objeto de una investigación considerable, con resultados que son bastante menos conclusivos de lo que la mayoría de los practicantes desearía (Beck y otros, 1974; Farberow y Litman, 1975; Lester, 1974; Schneidman y Farberow, 1957; Wekstein, 1979). Hay consenso en la bibliografía correspondiente, de cualquier manera, en lo siguiente:

Apartado 6-4

CARACTERÍSTICAS COMUNES DEL SUICIDIO

La definición del suicidio de Schneidman (en 1985) sintetiza las características comunes del suicidio, cada una de las cuales tiene implicaciones para la prevención e intervención:

- El estímulo común en el suicidio es el insostenible dolor psicológico. La principal regla clínica es reducir el nivel de sufrimiento, con frecuencia sólo muy poco, de manera que el individuo escija vivir.
- El catalizador común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas. El suicidio parece una elección lógica para el individuo que lo comete, y se comprende mejor como resultado de necesidades obstruidas o insatisfechas. La regla clínica es: si se encauzan las necesidades frustradas no ocurrirá el suicidio.
- El propósito común del suicidio es buscar una solución. El suicidio no es un acto al azar; no se realiza sin sentido o propósito. El suicidio se ve como una respuesta común a la pregunta de: "¿Cómo salgo de esto?"
- La meta común para el suicidio es la suspensión de la conciencia. De modo paradójico, el suicidio es tanto un movimiento hacia y un movimiento de alejamiento de algo. La meta es terminar con la conciencia de uno sobre el dolor insostenible y los apremiantes problemas de la vida.
- La emoción común del suicidio es la desesperanza-fatal de ayuda. Los estudios sobre el suicidio observan profundas emociones básicas tales como vergüenza, culpa y dependencia frustrante, en lugar de la hostilidad que se ha asociado con el suicidio de manera tradicional. Subyacente a todos estos sentimientos, de cualquier manera, es la emoción de impotencia. del sentimiento de desesperanza-fatal de ayuda: "...No hay nada que pueda yo hacer, excepto cometer suicidio, y no hay alguien que pueda ayudarme con el dolor".
- La actitud interna común hacia el suicidio es la ambivalencia. La persona suicida siente tanto que quiere morir como que quiere vivir (quea rescaten). Los clínicos pueden utilizar esta ambivalencia para ganar tiempo, en busca de generar otras soluciones para la situación dolorosa.

Apartado 6-4 (continuación)

- El estado cognoscitivo común del suicidio es la constricción. En lugar de verse al suicidio como psicosis, neurosis o trastorno del carácter (pensamiento "de loco"), el suicidio se comprende mejor como una constricción psicológica de sentimientos y pensamientos, y un estrechamiento de la gama de opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida. Como observa Schneidman, "no es algo por hacer cuando uno no está en su mejor disposición. Nunca te quites la vida cuando estés en un estado suicida".
- El acto interpersonal común del suicidio es la comunicación de la intención. La gente que piensa en matarse a sí misma, de manera usual da claves claras sobre el inminente suceso mortal, lo cual es su comunicación de la intención. El reconocimiento de esas claves (lo mismo clamores por ayuda, murmuraciones o silencios entendidos) es indispensable en la prevención del suicidio.
- La acción común en el suicidio es la salida. La salida es la escapatoria o huida de una situación tensionante, que indica que la acción de la persona suicida es terminar con el dolor al cambiar el escenario.
- La persistencia común en el suicidio son los patrones de enfrentamiento de toda la vida. En tanto el acto del suicidio no tiene precedente (sólo puede ocurrir una ocasión), existen profundas persistencias en los patrones de enfrentamiento que se han intentado toda la vida los individuos suicidas. Los clínicos deben mirar hacia los episodios previos de perturbación, la capacidad para soportar el dolor psicológico, y la tendencia a la constricción y el pensamiento dicotómico, como claves para el comportamiento que amenaza a la vida.

Fuente: Edwin Schneidman, *Definición of suicide* (Nueva York: John Wiley & Sons, 1985). Derechos de reproducción. 1985 John Wiley & Sons. Reproducido con autorización de John Wiley & Sons. Jfla Jporaf JJ.

1. Existen muchas posibles razones para el surgimiento del comportamiento suicida: clamar por ayuda, intento de manipular a otros, resultado de un episodio psicótico (delirio, alucinaciones), lineamientos políticos, desesperanza fatal de ayuda para encarar problemas vitales irreversibles, o un final razonado para el sufrimiento emocional o físico.
2. El deseo de dar fin a la propia vida de manera usual está imbuido en una red de sentimientos ambivalentes. Esto puede tomar la forma de mensajes contradictorios (por ejemplo, tomar una dosis letal de píldoras para dormir, pero permitir que se descubra a uno a tiempo para prevenir la muerte) o de una simple conciencia de que la persona quiere tanto vivir como morir. La tarea clínica es extraer las emociones del paciente y otras circunstancias de la vida por ambos lados, como trabajo de base para convenir el aplazamiento de la decisión de matarse a sí mismo.
3. La mayoría de las personas son suicidas de manera intensa por sólo un corto periodo de tiempo, de modo usual en cuestiones de días, y con frecuencia cambian de opinión acerca de matarse a sí mismos; la intervención en crisis se encamina a inducir a la gente a posponer las decisiones irreversibles, hasta que pueda proporcionarse otra ayuda para sobrellevar la situación.

4. La mayoría de las personas suicidas o que matan a alguien más dan algún aviso o clave de sus intenciones mucho antes de consumir el hecho (Faberow y Litman, 1975).
5. El peligro para la vida humana está en su punto más elevado cuando alguien que está en crisis tiene tanto un plan mortal como los medios para llevarlo a efecto.
6. La meta de salvar la vida humana sustituye a la total fidelidad a la confidencialidad. En casos extremos, los parientes o las autoridades locales pueden necesitar información del comportamiento potencialmente suicida por parte del paciente, para impedir que la persona se mate.
7. Puesto que las medidas para la salvación de vidas implican lo mismo el acuerdo voluntario del individuo de no cometer "un acto mortal" o el que una persona externa le impida hacerlo, mantener algún modo de contacto con algún individuo potencialmente peligroso puede ser un componente crucial en la prevención del suicidio u homicidio.
8. Con apuestas tan altas como la vida y la muerte, es en especial importante que los asistentes estén: a) conscientes de sus propios sentimientos y actitudes acerca de la muerte y del hecho del suicidio, b) listos para consultar con sus colegas o supervisores acerca de lo apropiado de cualquier paso directivo dado y c) preparados para lidiar con el "fracaso", esto es, que el paciente complete el suicidio. Con respecto a esto último, las oportunidades de culparse después que se completó el suicidio de un amigo, pariente, compañero de trabajo o paciente, son mucho mayores que con el "fracaso" de otros intentos de proporcionar ayuda. Es muy importante que los asistentes desarrollen una red de colegas de apoyo para la elaboración de decisiones divididas durante una intervención en crisis, y para la transcripción de las intensas emociones generadas por el trabajo de intervención en suicidio.

La valoración de la mortalidad en los primeros auxilios psicológicos implica el escuchar primero las claves del peligro físico, y entonces dirigir una indagación estructurada para acopiar información, como base para la ejecución de un plan de acción adecuado. Las claves tanto para el suicidio como para el homicidio pueden adoptar varias formas:

Verbal

"Algunas veces siento que no puedo seguir adelante/podría matarla/quiero terminar con todo lo quisiera estar muerto/me gustaría herir a la gente/haré algo arriesgado, etcétera".

"Si esto sucede otra vez, lo voy a matar", o la repetición de una víctima en cuanto a que "estaba muy enojado, trató de matarme". (Cualquier indicio que señale de manera directa o indirecta que alguien podría ser herido físicamente, como parte de esta crisis).

También, cualquier referencia a intentos previos de suicidio/homicidio: "Lo intenté antes", o la referencia a peleas previas entre individuos, o informes de que, con más precisión, heridas previas podrían haber redundado en la muerte".

Non verbales

Para el suicidio son la apatía, el arreglo de negocios y la preparación para la muerte (obsequiar posesiones apreciadas), patrones de sueño anormales (demasiado o muy poco), ánimo depresivo. Y la súbita elevación de la depresión (como si ya hubiera tomado la decisión). Para el homicidio son el advenimiento de una pelea en el baño o en la cocina, o el que la víctima azuce al agresor con comentarios de menosprecio.

Afectación de otras personas

Informes de cambios repentinos en el comportamiento, o aun el sentimiento apremiante de que una persona puede hacerle daño físico. Con respecto al homicidio, la reputación del agresor por su impulsividad o mal carácter.

Al notar tales signos amenazantes, el asistente debería buscar una oportunidad para realizar una indagación directa y esclarecer el significado de aquellos (Faberow y Litman, 1975). La idea de que los practicantes deberían ser cuidadosos para que no den a los pacientes ideas que no han sido razonadas, es un mito común de los asistentes inexpertos en el trabajo de crisis. Es mucho más probable que la persona en crisis vaya a experimentar un sentimiento de alivio que alguien que ha escuchado de la aflicción y se cuida demasiado de preguntar sobre la situación.

Una táctica útil para comenzar la indagación es formular preguntas con la utilización de las propias palabras del individuo. Por ejemplo: "Dices que te sientes como si no pudieras seguir más. Dime qué quieres decir con eso". Si las respuestas siguientes todavía permanecen vagas, el asistente debería ser directo: "¿Piensas infligirte una herida o suicidarte?" El objetivo de la pregunta es detectar la pretensión de la persona y qué es lo que ésta quiere que pase, por su fantasía o sus ademanes. De nuevo, esto se determina mejor por preguntas directas, como: ¿Qué tratas de consumir con eso? Estas son preguntas que se plantean con una actitud de crítica o enjuiciamiento, o con una visión de condenación hacia el acto o sentimiento. Son, en cambio, simples pesquisas para recabar información. Las posibles respuestas son: "Para detener el dolor; para mostrarle a él/a ella cuán mal me siento; para que me las pague por lo que hizo; para morir", y así sucesivamente. La información generada con esta línea de indagación puede ser útil más tarde, al negociar posibles medios alternativos para alcanzar los mismos fines. Nuestro supuesto aquí es que el suicidio u homicidio se ha elegido como una posible solución a un problema particular. La indagación en las etapas iniciales se dirige a reconocer la amenaza o la ansiedad del suicida/homicida y detectar cuál es/era el problema que se pretendía resolver.

La evaluación de la peligrosidad, lo mismo en una línea telefónica de urgencia, que en el consultorio de un médico o en la oficina de un consejero orientador, debe incluir tres variables clave: un plan, el historial de intentos previos, y la voluntad de hacer uso de auxiliares externos, con los que el suicidio u homicidio debería parecer inminente.

a. Plan

¿Qué tan lejos ha llegado al proceder con el pensamiento de cometer suicidio o herir a alguien? Si un hombre está deprimido por perder su trabajo y tiene pensamientos de suicidio, pero no sabe cómo lo ejecutará, está en menor riesgo

que si él hubiera de hecho llegado tan lejos como para planear su propia muerte. Aún más, si tuviera los medios para llevar a efecto el plan, él está en mayor riesgo. Un individuo que no ha pensado en un plan, o que ha pensado en uno de ingestión de pastillas pero no tiene ninguna a la mano en el momento, está en menor riesgo. Una persona que piensa que debería pegarse un tiro, y tiene una pistola y cartuchos útiles consigo todo el tiempo, está en alto riesgo.

b. Intentos previos

Una persona que nunca ha intentado la comisión de un suicidio está en menor peligro que una que sí lo ha intentado. La probabilidad de éxito aumenta con cada intento. Aun cuando un intento puede ser un clamor por ayuda a una manipulación, existe la posibilidad de que un individuo vaya a morir por accidente (por ejemplo, al tomar una mayor dosis de píldoras que la pretendida). Por cada intento previo, es importante indagar acerca de cuál fue la intención de la persona al ingerir píldoras, inhalarlas, o lo que sea, y cuál fue el resultado del intento. El asistente deberá estar alerta ante la diferencia entre ingerir una dosis de píldoras que la persona sabía que no sería mortal, y que lo descubra el cónyuge al regresar del trabajo a la hora usual, por oposición a un descubrimiento accidental de veras, cuando la persona en crisis sabía que la dosis era letal. Se debe preguntar qué buscaba la persona que ocurriera cuando hizo el intento previo. Para las amenazas de homicidio, la indagación se enfoca en los fantasmas previos y en sus efectos, y en el previo comportamiento agresivo y su resultado. Como los intentos de suicidio, es importante averiguar qué fue lo que precipitó la acción.

c. Voluntad de hacer uso de recursos externos

Los individuos que viven solos o no tienen familia o amigos están en mayor riesgo que aquellos que tienen a otros a quienes recurrir. De manera particular, es importante diferenciar entre la disponibilidad de otros y la voluntad de asirse a ellos en tiempos de necesidad real. Para un extraño, la persona puede aparentar que tiene muchos amigos a quienes recurrir. De hecho, los amigos pueden decir a la persona "llámame, si me necesitas". Es importante, de cualquier manera, preguntarle a la persona en crisis si llamará a estos individuos en tiempos de necesidad. Algunas personas están demasiado deprimidas como para pedir ayuda. Otras no pueden asegurar que serán capaces de controlar su conducta. Necesitan un tratamiento diferente al de aquellos que prometen que llamarán cuando el asunto se ponga muy turbulento o si las circunstancias cambian en algún sentido. Los individuos temerosos de sus fantasías homicidas pueden admitir que no serán capaces de pedir ayuda a tiempo, o que ellos mataban antes que contenerse.

Indagar en estas tres áreas abarca las tres variables más cruciales al determinar cuán peligrosa es una persona y cuán directivo debería ser el asistente. La mortalidad se juzga como baja si las respuestas al plan, los intentos previos y el aislamiento son negativos. Por ejemplo, el riesgo de suicidio es bajo si el individuo ha estado deprimido y ha considerado el suicidio, aunque no existe un plan ni haya medios para ejecutarlo y no haya habido intentos previos. La mortalidad se aminora aún más si el individuo mantiene un contacto con los recursos externos por si las cosas empeoran. Según nuestro modelo de los primeros auxilios psicológicos, el asistente adopta una actitud facilitadora en estos casos. Por otra parte, la peligrosidad aumenta con una respuesta afirmativa

a una o más de las tres principales categorías del plan, intento previo y aislamiento. En estos casos, el asistente adopta una actitud directiva con respecto a la persona y sus crisis.

Pasos de acción

Si se juzga que la mortalidad es baja como resultado de la indagación previa, entonces el enfoque del asistente es auxiliar al hacerse cargo del problema, al otorgar apoyo emocional y proponer una mayor ayuda externa, como la remisión para orientación. El enfoque es extraer los sentimientos ambivalentes de la persona en crisis y analizar alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las posteriores. Es importante de manera especial establecer un acuerdo que especifique que la persona volverá a contactar al asistente si hay un cambio en la situación, como un incremento en la depresión y la desesperanza que conduzca a mayores y más concretos pensamientos suicidas. El asistente debería estar disponible por teléfono, o negociar un acuerdo en cuanto a que, si se necesitara, el individuo recurrirá a sus amigos cercanos, la familia u otros recursos en los siguientes días.

Cuando la mortalidad es alta, el asistente adopta una actitud más directiva. En cada caso, se sigue un enfoque gradual, y se comienza con la vía que sea lo menos directiva e intrusiva posible. Se puede hacer un intento por convenir lo siguiente: en cuanto al cliente, que no cometa suicidio en los próximos días, que se deshaga de los medios que pudieran ser mortales, por el momento (como pistolas y píldoras), que no esté solo durante el fin de semana, que prometa llamar al asistente si las cosas empeoran, o ambas cosas. El objetivo es ganar tiempo, posponer las decisiones irreversibles y finales, y tomar cualesquiera pasos necesarios para alejar a los aturdidos pacientes en crisis de los medios mortales para acabar con la vida humana. Un acuerdo para semejante contrato puede facilitarse al retomar los sentimientos ambivalentes que pueden haber surgido en la discusión, tales como "quiero morirme, pero amo a mis hijos y no quiero lastimarlos". En tal caso, un convenio para posponer la decisión de suicidio para los próximos días puede apoyarse de manera justa en el amor a los hijos y en no querer lastimarlos. Cualquiera que sea la táctica que se escoja, el objetivo es asegurar la cooperación de no cometer suicidio por un periodo de tiempo acordado.

Si la persona no puede o no va a asegurar esto, entonces otras personas (quizás los miembros de la familia, el compañero de cuarto o, en el caso de homicidio, la víctima potencial y la policía) pueden necesitar que se les informe de la peligrosidad de la situación. Aunque el enfoque depende del obstáculo particular (como la falta de voluntad para dejar el arma, o la capacidad para prometer que sellamará si es necesario), el supuesto es que, cuando el individuo no puede prometer que tomará precauciones contra el suicidio u homicidio, deben comprometerse otros, del medio social inmediato del paciente.

En la mayoría de los casos, esto puede hacerse con la autorización del individuo, por ejemplo: "Estoy tan preocupado por ti ahora, Ana, que pienso que no deberías estar sola esta noche. Pienso que tu esposo necesita saber cuán mal están las cosas. Podrías llamarlo, o, si lo prefieres, yo lo haré". Si tal contacto u observación provee un ambiente posible en el ambiente natural, lo mismo porque no

hay alguien disponible o porque el individuo se rehusa a implicar a alguien más en ese momento, entonces es posible que se necesite de hospitalización voluntaria. Muchos suicidas están muy dispuestos a aceptar un "tiempo lejos de todo esto" para descansar, recuperarse y no tener que lidiar con todo. Otros se resistirán a la idea, por las implicaciones negativas asociadas con la hospitalización. Cualquiera que sea la situación, el planteamiento (como se delineó de manera previa bajo cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos) es tratar de modo abierto y directo con cada uno de estos obstáculos potenciales.

En casos extremos, cuando la mortalidad es muy alta (con un plan mortal, intentos previos, incomunicación) y la cooperación en la función de autoprotección no surge (por causa de la resistencia del individuo, estado psicótico o debilitamiento debido a drogas o alcohol), es necesaria la hospitalización involuntaria. Cuando esto pasa, es importante que ésta se realice según las leyes locales y se ayude a los miembros de la familia a tratar con las implicaciones negativas asociadas con la hospitalización (Armstrong, 1980); esto puede evaluarse con el seguimiento de los procedimientos mencionados antes. Al seguir el caso de *Tarasoff vs. Regents of the University of California* (Bersoff, 1976), los asistentes también tienen la responsabilidad de informar a las víctimas potenciales de homicidio acerca del peligro inminente (véase el recuadro inserto).

Las situaciones peligrosas en extremo son la excepción antes que la regla en el trabajo de crisis, aunque aquellas muestran por sí mismas con suficiente frecuencia que los practicantes deben estar preparados para tratarlas. En tanto que la literatura de investigación no nos proporciona pautas sólidas y rápidas para predecir todos los suicidios u homicidios, nosotros sabemos los pasos que deben tomarse para reducir la probabilidad de un resultado mortal. La mortalidad se reduce si se remueven los medios mortíferos para culminar un hecho violento; un individuo hace un compromiso de posponer un hecho mortífero, y/o el individuo peligroso está bajo observación constante. Los procedimientos precedentes se encaminan a dar pasos para cubrir al menos una de estas condiciones.

1 Apartado 6-S 1

mhhl — r.

TARASOFF CONTRA LA JUNTA DE GOBIERNO DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

Durante el curso de psicoterapia ocupacional voluntaria llevado a efecto en la clínica hospitalaria de una universidad, un paciente informó a su terapeuta que iba a matar a una joven miller. cuando ésta regresara de unas vacaciones de verano (Cohen, 1978). La mujer permaneció anónima. pero fue identificable de manera rápida para el terapeuta cuando el paciente concluyó su plática. El terapeuta consultó con otros dos clínicos, los cuales decidieron que el paciente debería ser recluso en un hospital mental para tenerlo en observación. El psicólogo telefonó a la policía del campus (ello, seguido de una carta formal)

Apartado 6-S 1

continuación. II

para solicitar su ayuda en la reclusión del joven hombre. De manera subsecuente, tres oficiales policíacos tomaron bajo custodia al paciente, pero, convencidos de la racionalidad de éste, lo liberaron. bajo la promesa de que se alejaría de la mujer. Con el conocimiento de la acción de los policías del campus. el jefe del psicólogo recibió de regreso la carta que éste había enviado a Jos polidas y ordenó que todas las copias de aquella y las notas de la terapia se destruyeran. Asimismo, ordenó que no hubiera más acciones respecto a la reclusión. Dos meses más tarde. el ex paciente cumplió su amenaza y mató a la miller.

Los padres de la víctima entablaron un juicio en la Corte del Estado de California contra la junta de gobierno, el terapeuta, sus supervisores y la policía del campus. Aunque la denuncia fue descartada en principio por el juez a cargo, la acción fue revocada más tarde por la Suprema Corte de California. Ésta determinó que cuando un psicoterapeuta establece que las amenazas hechas por un paciente durante la terapia no son ni vanas ni remotas; la costumbre pública dicta que el valor de la revelación de la amenaza a un tercero sobrepasa los beneficios de preservar la confidencialidad de la comunicación. El caso Tarasoff sentó un precedente que ha sido seguido de otras cortes, al promover discusiones entre terapeutas y abogados acerca de las implicaciones prácticas del trabajo clínico (Bersoff, 1976). L. Wilson (1981). al escribir como asesor de la Asociación Psicológica de Nueva Jersey. proporciona las siguientes pautas generales de los practicantes. a la luz de la resolución del caso Tarasoff:

1. Tu principal obligación es con tu paciente, no la relación contigo ni tu capacidad para ayudarlo.
2. Resístete a la acción, si ésta nace de un deseo de proteger la relación terapéutica, o de un temor de estar equivocado o fuera de lugar. Considera el objeto de las amenazas de tu paciente como si éste estuviera en relación directa contigo. tus hijos o tu cónyuge.
3. Busca la opinión de tus colegas (una línea de procedimiento apropiada en cualquier caso difícil) y preserva la parte sustancial de tus conversaciones en apuntes privados.
4. No titubees al tratar de disuadir a un paciente de sus amenazas de violencia, pero no trates de hacerte héroe. El personal de seguridad está bien entrenado -y se le paga bien como para tomar el riesgo personal de proteger a las personas y sus propiedades.
5. No dudes en advertir a una víctima o su familia. en privado, del temor de represalias legales de parte de tu paciente. Si has visto lo suficiente como para concluir que existe una amenaza genuina para la vida o las propiedades de esa persona. y tienes los medios para actuar de manera preventiva. la ley indica que tú tienes una obligación, sin tener que considerar tu deber de confidencialidad.
6. Sería bueno. en cada caso. discutir la naturaleza y alcance de la confidencialidad con tu paciente. En tanto que algo como un acuerdo es materia para otra oportunidad. en este entorno es adecuado asegurar a tu paciente que tú debes actuar por su mejor provecho, aun en la situación de impedir que cometa un crimen.
7. Si sientes que se justifica la repetición de la amenaza de un paciente para proteger a una víctima. dile al primer o que hace y por qué. Y. entonces, hazlo. Y, a menos que estén presentes circunstancias inusuales, prepárate para actuar en la hospitalización del paciente o, de otro modo. para con él (Wilson, 1981. página 37).

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Algunas consideraciones son importantes al aplicar a las situaciones de crisis los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

1. Es útil hacer uso de los cinco componentes como un marco conceptual o "mapa cognoscitivo" para orientar la conducta del asistente (o en preguntas, acciones). Los pasos no necesitan, de cualquier manera, tener lugar uno después del otro de modo secuencial. Esto sería artificial puesto que muchas veces el proceso comienza con hablar de las soluciones, más adelante se mueve hacia la definición del problema, entonces regresa a las soluciones, y así en lo sucesivo. También, el lineamiento de asistente puede ser útil bajo más de un componente. Por ejemplo, un lineamiento empático (de contacto) puede también servir para examinar de manera más amplia los parámetros del problema. También, una línea de investigación sobre las dimensiones del problema puede tener posibles soluciones muy pronto.

En lugar de pasos secuenciales, entonces, los componentes se utilizan mejor como mapa cognoscitivo o una guía para los lineamientos del asistente. Los asistentes deberían preguntarse a sí mismos en todo momento: "¿Qué clase de contacto he logrado con esta persona? ¿Qué tan bien he examinado las opciones del problema? ¿Están en competencia las posibles soluciones con las necesidades ordenadas de modo jerárquico? ¿Qué acciones concretas necesita tomarse? ¿Quién las tomará? ¿Soy claro con respecto al seguimiento?".

Tal averiguación recuerda a los asistentes que tienen responsabilidades en cada rubro. Nuestro supuesto es que, tanto como se descuide uno de los componentes de los primeros auxilios psicológicos, la intervención está incompleta. No es suficiente, por ejemplo, el simple otorgamiento de comprensión empática a un paciente con aturdimiento emocional. De cualquier modo, al pensar en los cinco componentes como un mapa cognoscitivo o guía de viaje, el trabajador para crisis puede verificar sus actividades en cualquier momento durante el proceso de intervención. Al terminar el contacto, el trabajador puede proceder a una verificación mental, para ver si se dejó fuera alguna parte y ésta ahora necesita atención.

2. Otro uso de los cinco componentes es auxiliar a los asistentes cuando la intervención parece empobrecerse. Así como este manual puede ayudar a un trabajador a decidir qué hacer en los subsiguientes, también es útil para diagnosticar las dificultades en el proceso de asistencia. Por ejemplo, un paciente puede resistirse a cualquier discusión de las acciones concretas para encauzar la crisis. El paciente puede lo mismo dar numerosos "Sí, pero" o hablar acerca de cómo nada de lo sugerido funcionará. Esto con frecuencia es una indicación lo mismo de que el trabajador necesita emplear más tiempo en explorar las dimensiones del problema o de que necesita, simplemente, poner más atención para hacer buen contacto con el paciente. Muchas veces, cuando los pacientes sienten que no se les escucha o comprende en medio de una situación aflictiva en lo emocional, se resistirán a las tentativas de solución para el

problema. Cuando las cosas no van bien en el proceso de asistencia, los trabajadores pueden necesitar un retroceso. La estructura de los primeros auxilios proporciona claves en áreas dentro de las cuales refugiarse de manera temporal basta que el proceso se distienda.

3. Aunque cada uno de los componentes ha sido abordado en gran detalle, las metas de los primeros auxilios psicológicos son limitadas. El proceso completo es sólo un primer paso hacia la resolución de la crisis. Al evaluar su desempeño, los trabajadores deberían tener en mente las submetas: otorgar apoyo, reducción de la mortalidad, enlazamiento con otros recursos. También, como un breve (en algunos minutos a algunas horas) primer paso, los asistentes pueden moverse muy rápido a través de varios componentes y emplear más tiempo en uno u otro según las circunstancias. Una frase (o una alusión de soslayo) puede servir para establecer contacto psicológico entre personas que ya se conocen una a la otra, con la mayor parte del tiempo consagrada a generar soluciones viables. En otros casos, justo lo contrario puede ser cierto - se puede consagrar una cantidad considerable de energía hacia la comunicación

Cuadro 6-Z. Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos

	Qué hacer	Qué no hacer
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa Reteleja sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu "propia historia" aun Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear pregunta abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de "peligro"
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Mezcolanza de necesidades
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones cuando sea necesario Ser directivo, sí, y sólo si, debes hacerlo	Intentar resolverlo todo ahora Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5. Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar. Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más.

con alguien que ha cortado el contacto con sus amigos y aliados potenciales. En suma, los asistentes trabajan dentro de los cinco componentes, en tanto que el tiempo y energía que se empleen en cada uno de ellos variará con las circunstancias; además, esto se realiza con una visión de la estrecha e importante meta de restablecer el enfrentamiento.

4. El formato de primeros auxilios de este capítulo puede utilizarse como una guía para el proceso de supervisión en las instituciones de servicios humanitarios. Esto proporciona un marco dentro del cual criticar el desempeño de un trabajador/estudiante. Por ejemplo: ¿Qué tan bien hiciste contacto con esta persona? ¿Fuiste capaz de identificar ambos tipos de soluciones, las inmediatas y las posteriores? Al final de la conversación ¿ustedes dos fueron claros acerca de cuál sería el mejor paso próximo? ¿Se evaluó la mortalidad? ¿Se especificaron los procedimientos para el seguimiento? Un supervisor que utiliza los cinco componentes para analizar el trabajo de un estudiante verifica el desempeño en el caso inmediato, y al mismo tiempo instruye sobre un modelo que el estudiante pueda utilizar más tarde para la autocrítica.
5. Por último, el modelo de los primeros auxilios psicológicos puede utilizarse en la investigación para codificar el proceso de intervención en crisis de primera instancia en estudios de avance/resultado. En el capítulo 5 resaltamos un mayor criticismo de la investigación existente acerca de intervención en crisis, a saber, que con mucha frecuencia las variables del proceso se especifican de manera inadecuada (lo mismo de modo muy vago que muy amplio) o, aun cuando son específicas, están incompletas. El capítulo 21 proporciona sugerencias para el uso de este sistema en la investigación.

EN SÍNTESIS

En este capítulo hemos identificado las estrategias o componentes de los primeros auxilios psicológicos, y especificamos el comportamiento del asistente y los objetivos implicados en cada uno. Para el proceso de hacer que cobre vida de manera más completa, necesitamos verlo en acción, para la aplicación testimonial de los cinco componentes en los ejemplos casuísticos. El capítulo 7 cumple esta función al examinar aplicaciones de los primeros auxilios psicológicos en crisis circunstanciales y para el desarrollo que son representativas, y al precisar con más amplitud los puntos de elección determinantes para el asistente en cada una. Los capítulos 8 y 9 completarán nuestro modelo amplio de intervención en crisis al examinar lo que pasa después que se han suministrado los primeros auxilios psicológicos: el uso de la terapia multimodal para crisis (intervención de segunda instancia) para dar los próximos pasos importantes hacia el facilitamiento de la resolución de la crisis. •

Primeros

7 auxilios psicológicos

Ejemplos de casos

E

de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

Estas intervenciones teóricas se encaminan a ayudar a la persona en crisis a dar los primeros pasos importantes, necesarios para restablecer la capacidad de enfrentamiento. Los encabezados al margen y la sección de comentarios al final de cada caso remite al material del caso del modelo presentado en el capítulo 6.

LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS DURANTE UNA CRISIS MATRIMONIAL

Bob se extrañó de que tocaran a la puerta. ¿Quién iría fuera a esa hora - las 11:30 de la noche - en una fría noche de diciembre? Recién había terminado un día de mucho trabajo en su ejercicio del derecho (entrevistas con clientes, cuatro horas en la corte, tres horas en reuniones con el personal y otros abogados) y estaba listo para acostarse para pasar la noche.

Abrió la puerta para hallar a uno de sus asistentes, Tom, que le preguntaba si podía pasar para hablar. Mientras caminaba hacia la salida, Tom comenzó: "Me apena entrar en casa de usted de esta manera, pero tengo problemas. Parece que Sue y yo nos vamos a divorciar". Él hablaba de manera apresurada, mientras contenía las lágrimas, acerca de lo que había pasado aquella tarde. La esposa de Tom, Sue, había dicho que "quería decirle algo a él". Después de un pequeño embaucamiento ella confesó que durante los últimos cuatro

Incidente
precipitante

meses había sostenido un romance con un hombre que era un buen amigo de Tom. Sin poder creer lo que escuchaba, Tom reaccionó primero con una apariencia de impacto/ofuscamiento, y después, con una serie de preguntas, algunas de las cuales Sue no podría o no quema contestar. En una lucha por evitar que los sentimientos de dolor se hicieran muy aparentes, Tom por último cortó la conversación, y dijo que se iba. Entonces tomó su chaqueta, camino rápidamente hacia fuera del departamento y partió en su auto. Después de conducir por ahí durante 30 minutos, Tom dobló hacia el escalón de la puerta de Bob.

Las primeras palabras de Tom fluyeron en torrente, y al oírlo hablar se entendía que todo, incluso su matrimonio, se había acabado. Apenas se deteni para sorber el té que Bob le había ofrecido, y le habló de su esposa, de no querer perderla, pero con el sentimiento de que era inevitable que así fuera. Después de todo, se suponía que ella estaba "enamorada" de ese otro hombre.

Tom y Sue habían estado casados por tres años. Se habían mudado a ese vecindario dos años antes, de manera que Tom pudiera acudir a la escuela de leyes. Sue había sido la principal aportadora económica a partir de su trabajo como maestra de matemáticas en una secundaria. Se habían citado uno al otro por cuatro años en la universidad, antes de casarse en su graduación. Ambos crecieron en la misma pequeña comunidad rural del sur, y acudieron a la universidad estatal para sus estudios de pregrado. Aunque los dos habían salido con otras personas en la preparatoria, ninguno tuvo algún involucramiento romántico "serio" antes del matrimonio. Ambos procedían de ambientes devotos de la religión católica romana, aunque ninguno había acudido a la iglesia de manera regular durante el último año, o algo así. En su mayor parte, el matrimonio había sufrido algunos estira y afloja hasta ese momento. Puesto que se conocían bien uno al otro desde mucho antes del matrimonio, tenían muchas cosas en común; por ejemplo: el interés por la música y el deporte de trotar, y se sentían cómodos juntos. La principal inquietud del año pasado para Tom había sido los inesperados coqueteos de Sue con otros hombres en las fiestas. Al principio eso no le molestó, aunque, a medida que se hacían más obvios, ello condujo a que tuvieran frecuentes pleitos después de los acontecimientos sociales. De cualquier manera, en ningún aspecto, él tenía preocupación alguna de que Sue pudiera ir más allá de hablar con esos hombres.

La reacción de Bob a todo esto fue escuchar de modo compasivo, e intentar impedir de vez en cuando para parafrasear, o para demostrar que estaba escuchando.

"Puedo ver cuán perturbador es todo esto para ti".

"Así que realmente sientes que Sue te ha traicionado".

"También parece que sientes que, ahora que ella ha tenido este romance, ustedes nunca serán capaces de estar juntos".

Bob escuchó lo que Tom decía y utilizó las propias palabras de éste, siempre que se pudo, para reflexionar sobre lo que había pasado y sobre cómo se sentía Tom acerca de ello. En esta crisis particular, Tom sentía un tremendo dolor emocional, el cual experimentó como una lastimadura, casi como si estuviera lesionado. Él sentía que Sue lo

había traicionado. Estaba muy trastornado por el hecho de que ella "le hubiera mentado". También parecía que él estaba volcando mucho de esta crisis sobre sí mismo, al sugerir que él "no era bueno" puesto que había sido desplazado por otro hombre. Veía todo el asunto como un reproche a su virilidad.

Bob alentó a Tom a hablar de manera concreta acerca de cómo sucedieron las cosas antes de llegar a esta "nueva". Tom refirió que él pensaba que su relación había sido buena. Sin duda, los coqueteos de Sue lo habían molestado. Además, los dos habían pensado algunas veces que podrían haberse casado demasiado jóvenes, lo que les permitió poca experiencia con otras personas antes de casarse. Con todo, el romance de Sue fue una completa sorpresa para Tom.

Éste hizo algunas distinciones entre lo que sucedió en el pasado, su situación actual (en esa precisa tarde), y la futura (comenzando por el día de mañana; y extendiéndose hasta los próximos meses y años).

Como cuestión de hecho, Tom se derrumbó en todos estos aspectos juntos, y habló con dolor de cómo todo su mundo se caía sobre él ahora mismo. En este caso, su "mundo entero" se refería a su matrimonio, su autoimagen, su carrera ("nunca será capaz de estudiar para el examen que tendré en dos días y es posible que lo repruebe"), y el resto de su vida (hablaba con la seguridad que nunca podría confiar en una mujer otra vez). Sus aseveraciones sobre sí mismo eran críticas:

"¿Qué hay de malo en mí? ¿Por qué no fui bueno en grado suficiente para ella?" "Todo es culpa mía!"

Bob continuó escuchándolo, y ofreció respuestas empáticas y comprensivas, todo en un intento para otorgar apoyo y, de esta manera en un tenor espezado, aliviar algo de la tensión emocional de esa tarde.

Después de cerca de 30 minutos de este tipo de plática, Bob encauzó la conversación hacia las dificultades que confrontaría Tom en lo inmediato.

Problema Inmediato. ¿Dónde pasar la noche...! ¿Volveré o no a casa?; ¿qué decidirá Sue la próxima vez que la vieras si no es anoche, entonces al día siguiente?; ¿qué hacer acerca del examen que necesitaba efectuar el viernes a dos días de distancia?; ¿cómo prepararse para ello cuando estaba muy trastornado en lo emocional?

Conflicto para enciñarse después. Necesitaría tratar, de hedio con otras cuestiones en algún momento, pero estaban fuera de alcance esa noche. ¿Sería necesario hablar con Sue para averiguar acerca de qué significaba para ella el romance en realidad. ¿Cuáles eran las implicaciones para la relación de ellos? ¿Era el divorcio en realidad la única opción? ¿No podrían ellos translaborar la crisis, a partir de ella, hacer ajustes en su matrimonio, para permanecer juntos después de todo?

El enfoque de Bob fue decir de manera directa a Tom: "Veamos qué necesitas para arreglártelas ahora mismo, esta noche, y qué puede esperarse hasta mañana".

Contacto psicológico

Énfasis en los asuntos inmediatos	<p>Entonces Bob confrontó a Tom con la idea de que, aunque ciertamente, el divorcio era una posibilidad, no era algo que él tenía que decidir esa noche. Entonces Bob le preguntó a Tom qué le gustaba hacer acerca de las necesidades más inmediatas que habían identificado, esto es, dónde quedarse, cómo lidiar con Sue, y el examen pendiente. El objetivo de Bob era poner a Tom a generar soluciones aceptables tantas como fuera posible, y, si encontrara necesario, que Bob diera algo de sí mismo. En este estado de aturdimiento, Tom no había dividido los asuntos de este modo. Tampoco, tenía soluciones para alguna de estas dificultades. Él pensaba que podía, simplemente, "manejar por ahí" y entonces dormir en el coche. Estaba temeroso de confrontar a Sue, derrumbarse y llorar en presencia de ella, para darle otra razón de reproche contra la virilidad de él. El examen acrecentó más la angustia de Tom. Era un examen importante sobre derecho constitucional, presentado en un solo día, con muy poca oportunidad para posponerlo. Junto a ello, si Tom fuera a pedir una posposición, tendría que reconocer sus problemas matrimoniales ante un profesor muy estricto.</p>
Posibles soluciones	<p>Bob continuó el trabajo hacia la reducción de los problemas a piezas más pequeñas, con el análisis de posibles cauces para cada uno. Bob le dijo a Tom que el problema entero no podría resolverse en ese momento, así que necesitarían tomar las piezas que necesitaban la mayor atención y lidiar con ellas primero. El problema de dónde pasar la noche era el más fácil de abordar. Bob de manera asertiva le dijo a Tom que manejar por ahí no sería una buena idea, y que debería quedarse en casa de aquél esa noche, para dormir en el sofá. Después de una pequeña resistencia, Tom aceptó esta idea.</p>
Enfocar	<p>El lidiar con Sue representaba un problema diferente. Puesto que la preocupación principal de Tom parecía ser que no sabría qué decirle, y que podría derrumbarse, Bob se hizo cargo de proponer algunas ideas propias en este punto. Dijo, primero que todo, que derrumbarse era una reacción más bien humana para esta crisis, y que Tom debería ser cuidadoso al hacer un juicio pasajero de su propia virilidad basado en algo como aquello. De una manera amistosa y bromista, Bob criticó a Tom por asumir que tenía que tomar un enfoque de "John Wayne" para aquello, es decir, que mostrar alguna emoción de miedo sería una señal de debilidad. Bob sugirió que tanto Tom como Sue vieran pronto a un consejero matrimonial, incluso al día siguiente, y que así hablarían en presencia de un tercero.</p>
Aconsejar	<p>En tanto abordaban opciones como la del centro de orientación para estudiantes en el <i>campus</i>, la sola mención de un consejero evocó otros problemas para Tom. ¿Aquello sería confidencial? ¿El ver a un psiquiatra se pondría en su historial, quizás algo respecto a lo que podría haber tenido que mencionar en su solicitud para el tribunal del estado? La solicitud había llegado de manera reciente por correo. Tom había notado que había una pregunta de algo así como "¿ha sido usted tratado alguna vez por un trastorno nervioso o mental? Tom de hecho sentía que, en ese momento, pasaba por un trastorno mental y nervioso, como si estuviera en un "enloquecimiento". No quería tener que contarle de ello a alguien, y de seguro no al tribunal del estado. Bob y</p>
Confrontación de obstáculos	

Tom hablaron sobre el particular por algunos minutos, y se desplazaron hacia un acuerdo en cuanto a que aquello sería una orientación matrimonial, y no algo que tuviera que listar en su solicitud para el tribunal del estado. Nadie tenía en su cabeza el concepto de un "acobardamiento" reconocido por un psiquiatra o alguien más. Aquello sería una orientación breve para la translocación de una CNS. Bob estaba seguro que los expedientes en el centro de orientación estudiantil eran confidenciales. En cualquier caso, no necesitaba tomarse una decisión justo en ese momento; podría esperar hasta la mañana. Tom podría llamar al centro de orientación y plantear estas preguntas antes de concertar una cita.

Ambos hablaron del examen venidero también. La principal preocupación de Tom era que no podría concentrarse lo suficiente como para estudiar. Otra vez, Bob le recordó que él de seguro no sería capaz de concentrarse esa noche, y que no debía tratar de estudiar. Si necesitaba solicitar un aplazamiento, que lo hiciera. No tendría que contarle al profesor todas las circunstancias. De nuevo, podría ver cómo se sentía a la mañana siguiente. Aunque de seguro no se sentía con ganas de estudiar, bien podría ser capaz de emplear un par de horas en ello al día siguiente, por la tarde.

La conversación prosiguió con la ayuda de Bob a Tom para trabajar hacia soluciones aceptables para cada una de las preocupaciones inmediatas. Por momentos, Tom trataría de insertar en la conversación cuestiones de lo que había sucedido en el pasado, o acerca del futuro (por ejemplo: "Me preguntó cuántas veces se acostó con él", "¿cuánto tiempo se lleva el divorcio?"). Cuando esto sucedió, Bob reconoció que eso era un asunto de interés (por ejemplo, "sé que debes hacerte preguntas al respecto"), pero reconoció a Tom que tenía un derecho para avenguar acerca de ellas. Seguro que nada podía o necesitaba decidirse justo en ese momento. La estrategia era expresar con claridad que aquellos eran asuntos interesantes, pero que Bob y Tom no necesitaban tratarlos en esa precisa ocasión. Cuando volvieron a hablar, considerarían cuándo, cómo y si, en todo caso, encauzarían esas preocupaciones.

Después de una plática de hora y media, Bob convenció a Tom de que era tiempo de tomar un descanso. Habían acordado que Tom dormiría en la casa de Bob esa noche y llamaría a Sue por la mañana, para preguntarle si consentiría en que ambos hablaran con un consejero matrimonial aquella tarde. Tom y Bob habían acordado que al día siguiente llamaría al centro de orientación estudiantil para pedir una cita y, al mismo tiempo, hacer preguntas acerca de la confidencialidad. Por último, Tom pondría la cuestión del examen en el olvido hasta después, esa misma tarde después de las clases, tiempo en el cual él trataría de tomar uno o dos horas para estudiar. Y llamaría a Bob a la tarde, para hacerle saber cómo funcionaron las cosas.

Convenio para la acción

Seguimiento

Casi como una nueva ocurrencia para ambos, se dieron cuenta que era posible que Sue se preguntara dónde estaba Tom, y si él se regresaría a casa. Aunque Tom estaba reacio para llamarle en ese mismo

momento, aceptó hacerlo y decirle a Sue, por lo menos, que había acudido con Bob para platicar, que estaría con él esa noche y que le llamarla por la mañana. Tom hizo una llamada breve y Bob le dio un cobertor y una almohada, para dormir en el sofá. Entonces los dos se retiraron para pasar la noche.

Comentarlo

Este caso demuestra cómo un asistente puede adoptar una actitud facilitadora (capítulo 6) durante las etapas iniciales de la crisis. Podemos describir las características más prominentes de la ayuda que se proporciona, al abordarlas en concordancia con los cinco componentes de los primeros auxilios.

· Contacto psicológico

La táctica principal de Bob fue escuchar y reflexionar en perspectiva acerca de lo que escuchaba acerca de la crisis de Tom: los hechos (lo que pasó) y los sentimientos (cómo reaccionaba Tom a todo ello). Bob evitó el error fundamental de tomar parte en la disputa matrimonial: fue cuidadoso de no ofrecer de manera voluntaria su propio juicio sobre Sue. Cualquier enjuiciamiento que hubo ofrecer fue acerca de cómo Tom podría arreglárselas con sus preocupaciones más apremiantes esa noche.

Dimensiones del problema

Tom presentó a Bob el clásico comportamiento de crisis: desorganización, confusión y preocupación por todo a un mismo tiempo. La crisis de Tom puede entenderse desde un punto de vista cognoscitivo (Taplin, 1971): el romance de Sue violó las expectativas de Tom acerca del matrimonio y las condiciones para que él sobreviviera. Es decir, la fidelidad; su angustia creció, en parte, a partir de su catástrofe (este romance significaba que todo lo que tuvimos en el pasado podríamos tener juntos en el futuro, se perdió) y su sobreimpresión (que ella se acostara con este hombre es reflejo de todas mis maldades). El hecho de cómo interactúa este incidente de crisis con los valores, expectativas, autoimagen y cuestiones semejantes en Tom, necesitará encausarse en un sentido u otro, en tanto que el translaborador en crisis: Entanto Tom comienza la terapia breve para crisis, esta interacción estará en la parte medular del proceso de translaboración (capítulo 8).

Se requiere examinar el significado de la aventura amorosa para cada cónyuge. Es posible revisar esto como un conflicto para el desarrollo en el matrimonio de Tom y Sue, la discusión de lo cual puede conducir a una reevaluación de una gama completa de conflictos. Como resultado, todo, desde su vida sexual hasta la forma en que se hablan el uno al otro, su expresión de afecto o la división de las tareas domésticas, puede encauzarse. Durante los primeros auxilios psicológicos, de cualquier manera, a estos factores se les da atención. Los terapeutas expertos que otorgan primeros auxilios psicológicos pueden recopilar estas señales para usarlas en sesiones subsecuentes.

Como un amigo que ofrece ayuda, probablemente Bob tenía poca comprensión de los procesos cognoscitivos a los mecanismos implicados en la reacción de crisis de Tom.

Lo que Bob hizo, al usar los principios de los primeros auxilios psicológicos, fue ayudar a Tom a clasificar entre lo que necesitaba mayor atención en ese preciso momento y lo que podría esperar hasta el día siguiente; ayudó a dar los primeros pasos hacia la solución del problema. Puesto que no se habló de que Tom dañara su cuerpo o el de alguien más, Bob no tuvo que dar pasos para reducir el riesgo de mortalidad, (de cualquier manera, disminuyó la posibilidad de un accidente automovilístico al evitar que Tom manejara por allí, sin dirección, en las primeras horas de la mañana).

Soluciones posibles

Es interesante observar la manera en que Tom comenzó la conversación: "Parece que nos divorciaremos". No es poco común para los pacientes el empeorar con la identificación de una solución o de un aparentemente inevitable resultado para su crisis. Se necesita reconocer que él sí es una solución posible para el problema de un paciente, una que debería reconocerse, pero que no se le debe permitir que limite tanto a la persona en crisis como al asistente. La táctica es reconocer la solución, sentarla en palabras como una posibilidad; algo que puede suceder de hecho (como el divorcio), pero también generar más alternativas. El objetivo es apartar a los pacientes del movimiento hacia soluciones inusuales para problemas complejos. Bob hizo esto al alentar a Tom a poner prioridad a este conflicto en un quemador y tratar las preocupaciones más presionantes.

En este caso, Bob también tuvo que lidiar con numerosos obstáculos, por ejemplo, por que lo que patea un "acobardamiento" podría costar a Tom su carrera de derecho. En todo, la clave de Bob fue trabajar hacia la creación de alternativas viables, un proceso que requiere una nueva verificación de alternativas en tanto Tom vea cuán aceptables eran en realidad y que ser capaz de llevarlas a efecto.

Acción concreta

Puesto que el riesgo de mortalidad era baja, y en tanto que Tom, aunque perturbado era capaz de cuidar de sí mismo y de actuar mejor en los próximos pasos, la actitud de Bob fue facilitadora, según la constante acción de los primeros auxilios psicológicos (capítulo 6). Se simplificó de manera activa en el proceso de toma de decisiones, puesto que Bob se halló a sí mismo en el otorgamiento de consejos a Tom en determinados aspectos de la crisis (no conducir sin rumbo esa noche, no asumir que el divorcio era inevitable, no asumir que la virilidad de Tom de manera necesaria estaba en tela de juicio, por el simple hecho de que Sue tuviera una aventura).

Es importante advertir que, en todo caso, el consejo que se dio a Tom era limitado: su objetivo era serenar las cosas, ganar tiempo de manera que los conflictos se analizaron con más calma y mantener opciones abiertas.

Tom necesitaba tomar sus propias decisiones en otros aspectos de esta crisis (por ejemplo, si se sostendría o no en la relación con Sue). Por ahora, dado el hecho de que el propio estado de trastorno de Tom parecía no interponerse respecto de algunas decisiones inmediatas, Bob se permitió aconsejar qué hacer. Con el seguimiento de los "qué hacer y qué no hacer" de los primeros auxilios psicológicos (capítulo 6), Bob intentó disuadir a Tom de tomar cualquier decisión acerca del futuro en ese mismo momento, o de sacar cualquier conclusión importante acerca de su propio valor personal. En cambio, se alentó a Tom para que esperara hasta que tuviera oportunidad de recibir orientación matrimonial. Todo el consejo que dio Bob, entonces, se encaminó a objetivos específicos, a saber, controlar la situación inmediata y dar los pasos iniciales hacia la solución del problema (hablar con un consejero matrimonial).

Seguimiento

El acuerdo de hablar a los otros por teléfono la tarde siguiente (después de que Tom hablara con Sue, lo hiciera a su profesor de leyes y al centro de orientación estudiantil) satisfizo la condición de seguimiento de los primeros auxilios psicológicos. El acuerdo para el seguimiento añadió un enfoque a lo que Tom haría al día siguiente. Ello hizo notar el interés continuo de Bob en el problema de Tom, y redundó en un circuito de retroalimentación para ver si algo más podría necesitarse al día siguiente, como otro recurso de orientación junto con el centro de orientación estudiantil.

Al final de esa conversación a altas horas de la noche, los tres objetivos de los primeros auxilios psicológicos se habían alcanzado.

- a) Bob habla proporcionado apoyo a Tom, mediante escucharlo y hablar, y aún más al proporcionar asistencia material en la modalidad de un sofá en el cual pasar la noche. Aunque de manera clara Bob no podía quitar el dolor que Tom sentía esa noche, le proveyó una atmósfera dentro de la cual Tom pudo expresar sus sentimientos y compartirlos con otra persona, a la que le importaban. Tom necesitará vivir con ese dolor por un tiempo, antes que sea claro el eventual impacto sobre su vida. Esa noche, de cualquier manera, a Tom se le proporcionó apoyo de parte de un amigo.
- b) El riesgo de mortalidad fue baja en este caso, lo que impidió la necesidad de acción directiva.
- e) El enlace con un recurso de ayuda se cumplió mediante la remisión al centro de orientación estudiantil. La orientación matrimonial pareció el mejor planteamiento a seguir para ayudar a Tom y Sue a translaborar la crisis.

El alcance de lo que la asistencia proporcionó, facilitará de hecho el enfrentamiento, sólo puede juzgarse hasta un tiempo después. Según el modelo de enfrentamiento de Lazarus (1980), la pregunta será si los primeros auxilios psicológicos que se dieron esa noche prestaron ayuda a Tom tanto para controlar el trastorno como para comenzar el proceso de solución del problema.

ACCIÓN DIRECTIVA EN LA CRISIS DE UN SUICIDA

Paul conservaba su arma en la cajuela del automóvil. Hasta entonces había utilizado el rifle calibre .22 para tirar al blanco en la región cercana a su pueblo natal. Ese día, de cualquier manera, pensó que el fusil podría servir a otro propósito. Aunque no lo mencionó en su visita al centro universitario de orientación, Paul sintió cierto alivio al saber que el arma podría ser una solución a su problema. Ello podría pasar inadvertido por mayor o menor tiempo, pero Paul se sintió incómodo al decir, de manera directa, que pensaba darse un tiro. Comenzó, en cambio, por escribir "deprimido" en la hoja de información que se le pidió que llenara antes de ver a un consejero.

Después de 20 minutos de espera, Paul se halló sentado en la oficina del consejero, en el intento de responder a la oferta de hablar acerca de "¿qué es lo que te importa y cómo podría yo ayudarte?"

Paul comenzó de un modo inseguro, con los ojos alejados de la mirada del consejero, prefiriendo ver alrededor de la habitación se detenía de vez en cuando para mirar la expresión del rostro del consejero, en tanto se desarrollaba la historia. Las primeras palabras de Paul se refirieron a sus padres, a cuán prominentes eran en la comunidad y cuán imposible sería para ellos aceptar lo que él sentía que sospechaban: que su hijo de 18 años era homosexual. La relación entre Paul y sus padres nunca había sido buena, en tanto su padre había fomentado altas expectativas y ambiciones para su hijo (éxito atlético y una carrera política), muy diferentes de los intereses personales de éste. La madre de Paul siempre había desempeñado el papel de mediadora entre padre e hijo, con muy poco éxito, en especial en años recientes.

Paul se mudó de su pequeño pueblo natal a la capital de los estados seis meses atrás, para acudir a la universidad estatal, y tomó un cuarto en un gran dormitorio. Había disfrutado la libertad de estar lejos de casa, halló estimulante la vida universitaria y era un estudiante universitario exitoso. También había desarrollado una estrecha amistad íntima con otro joven, una relación que la semana anterior, más o menos, había experimentado una cantidad considerable de tensión. Paul estaba reacio a discutir sus dificultades con su pareja, y prefirió en cambio el aislamiento, lo que a su vez condujo a mayor frustración para ambos. Las cosas se habían deteriorado tanto, que el día anterior el amante de Paul amenazó con disolver la relación.

Fue poco después de esta "pelea" que los padres de Paul se detuvieron de manera inesperada mientras visitaban la ciudad por negocios. Paul se controló para ocultar la fuente de su aflicción, aunque no le había dicho que estuviera perturbado. La confusa conversación entre Paul y sus padres a nadie dejó muy satisfecho.

El consejero escuchaba de manera atenta mientras Paul hablaba, y había con frecuencia aseveraciones reflexivas encaminadas a clarificar la situación de Paul y sus sentimientos acerca de ello. Siempre que fue posible, y tanto como pudo en la aceptación del modo, el consejero

Presentación
del problema

Incidente
precipitante

Contacto
psicológico

	<p>trató de ayudar a identificar los sentimientos de frustración e ira (contra el amante), de ansiedad (acerca de lidiar con los padres) y depresión (al no existir solución aparente) que Paul había experimentado en los dos días anteriores.</p>
Clave suicida	<p>En un punto al principio de la hora, Paul dijo que sentía que "sería mejor si yo estuviera por terminar con todo", un comentario al cual el consejero no respondió de modo inmediato. En una pausa normal dentro de la conversación, de cualquier manera, el consejero volvió al comentario, y utilizó las propias palabras de Paul:</p>
Examinación	<p>Consejero: "Dime lo que quieres decir cuando manifiestas que sería mejor si terminaras con todo", Paul: "Bueno, quitarme la vida". C: "¿Quieres morir?" P: "Sólo pienso que puede ser lo mejor que hay alrededor de todo esto. No puedo lidiar con ellos (los padres). Ellos no pueden saber de esto. Yo los desluzaría. Se arruinaría la carrera de mi padre. Sus ambiciones políticas se agotarían". C: "Pero, ¿qué hay de ti? ¿Qué hay acerca de tu futuro y qué quieres tú?" P: "F. so ya no importa más. No puedo manejar nada".</p>
Ambivalencia	<p>El consejero continuó en la plática con Paul acerca de las ideas que desarrolló a partir de su período en el que le gustaría terminar con todo. Sin comprometerse a él, el consejero buscó que se expresara en numerosas ideas importantes. El consejero informó, a partir del ordenamiento de los hechos y los sentimientos, la ambivalencia de Paul acerca de morir como una solución. Paul habló en términos de una parte de que él queda morir y otra que quería vivir. El suicidio podía detener el intenso dolor emocional, aunque de hecho esa no sería una solución perfecta. Significaría el final de una vida que tuvo muchos momentos muy satisfactorios, al menos antes de esta crisis. Paul había sido un estudiante brillante, un músico talentoso, y por muchos años había previsto una carrera como pianista de concierto. Mientras hablaban Paul y el consejero, se hizo aparente de modo creciente que a él le quería más terminar con su depresión, y hallar algún modo de lidiar con su problema en curso, que terminar con su vida. El consejero también examinó junto con Paul los mensajes de ira (hacia el amante y los padres) implícitos en la amenaza de suicidio.</p>
Intento previo.	<p>El consejero indagó acerca de los intentos de suicidio, y halló que Paul en una ocasión había ingerido una sobredosis de píldoras para dormir, en la preparatoria. Su intención entonces tampoco era morir, sino devolvérsela a sus padres, de quienes había recibido conflictos tremendos. La situación se agravaba por el hecho de que Paul se sentía aislado y abandonado por sus amigos de la escuela. Sus padres lo habían hallado inconsciente en su habitación y lo habían llevado a la sala de emergencia del hospital, para hacerle un lavado de estómago. En</p>

Posibles soluciones	<p>mayor indagación acerca de los actuales pensamientos suicidas de Paul, el consejero describió que el plan de éste en esa ocasión era utilizar su rifle. Éste había estado en el dóset durante el fin de semana, aunque Paul lo había trasladado a la cajuela de su automóvil la noche anterior. Además de que permaneció solo en el estacionamiento hasta muy tarde, había colocado la boca del rifle contra su cabeza, para verificar si él podía alcanzar el gatillo con su mano.</p>
Acción	<p>Paul y el consejero hablaron desde distintas perspectivas acerca de varias alternativas para lidiar con las preocupaciones más inmediatas: confrontar a sus padres y resolver las dificultades con su amante; Paul nunca había sido un individuo muy asertivo y se sentía por completo inadecuado en la confrontación tanto de sus padres como de su amante acerca de sus más íntimos y, por momentos, problemáticos sentimientos. Él de hecho se sentía impreparado para hablar con todos ellos en ese mismo momento. El consejero proporcionó adiestramiento a Paul acerca de cómo podría confrontar a sus padres con su homosexualidad, cuando habló acerca de lidiar con los padres como un conflicto para el desarrollo en especial importante para los jóvenes homosexuales, uno que requiere una cantidad considerable de reflexión y, algunas veces, apoyo de parte de otros que han pasado por esa misma experiencia. El consejero habló a Paul de una organización de hombres homosexuales en la comunidad, que ofrecía orientación en grupo, dirigida a ayudar a los individuos con esta precisa tarea.</p> <p>El consejero ayudó a Paul a mirar la confrontación con su amante como algo que necesitará examinarse de manera más amplia antes de concluir que la relación estaba por terminar necesariamente. Ambos abordaron la posibilidad de sesiones de orientación en el centro, para los dos amantes juntos. Paul, para entonces, estaba motivado para no sacar una conclusión firme acerca del resultado eventual de este conflicto (para bien o para mal), hasta que los asuntos se examinaran de modo más amplio y se utilizara asistencia externa.</p> <p>La preocupación inmediata del consejero, de cualquier manera, era reducir la probabilidad de que Paul dispusiera de su propia vida, y establecer algún vínculo para un trabajo más amplio sobre las dificultades de Paul con su amante y sus padres. El consejero, por consiguiente, sugirió que tuvieran otra sesión al día siguiente, quizás, con la presencia del amante de Paul.</p> <p>Con respecto a lo que Paul dijo sobre suicidarse, el consejero lo confrontó con una preocupación seria acerca de la peligrosidad de la situación: la posesión de un arma mortal y el ensayo de quitarse la vida la noche anterior, acompañado de un intento previo. El consejero recurrió con fuerza a la ambivalencia que había emitido antes en la conversación: el querer al mismo tiempo morir y vivir. El consejero sugirió que Paul por lo menos pospusiera tan importante decisión hasta que hubiera algún tiempo para apaciguar las cosas. El consejero aseguró un compromiso de Paul para no llevar un arma cargada en la cajuela de su vehículo en ese preciso momento, y se ofreció a ir con él al estacionamiento después de la sesión para transferir el arma a la cajuela del auto del consejero.</p>
ApoYo social	
Reducir la mortalidad	
Convenio	

Seguimiento El consejero también estaba interesado, de cualquier manera, en que al menos otra persona en la inmediata red social de Paul supiera de la intensa depresión de éste y de sus pensamientos suicidas, y que estuviera disponible para Paul en los próximos días. Paul se oponía con fuerza a cualquier contacto con su amante o sus padres acerca de aquella situación, así que el consejero sugirió la posibilidad de que él (el consejero) llamara al auxiliar residente del donitorio de Paul. (Paul había indicado con anterioridad que ésta era la única persona con la que de verdad había platicado desde que llegó a la universidad). Aunque Paul al principio, estaba reacio a incluir al auxiliar residente en todo aquello, el consejero lo convenció de que la ganancia potencial al permitir que este amigo ayudara en ese preciso momento debería valer más que la decisión de Paul de "llevarla solo". Se hizo la llamada telefónica al auxiliar residente mientras Paul estaba todavía en la habitación del consejero. Paul acordó también llamar al consejero si las cosas cambiaban para empeorar durante las 24 horas siguientes (hasta la cita con el consejero la tarde siguiente, alas 3). El consejero dio a Paul el número telefónico de su casa y, alrededor de una hora después del primer encuentro de ambos, se dijeron adiós y acordaron verse otra vez la tarde siguiente.

Comentarlo

La ayuda que se dio a Paul puede analizarse según los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

Contacto psicológico

Como se identificó en los encabezados al margen izquierdo puestos más arriba, la atención se logró principalmente mediante lineamientos reflexivos de parte del consejero. Éste sintetizó, de manera tan precisa como fue posible, los incidentes que condujeron a la crisis actual, y también identificó la reacción singular para cada una. Al sintetizar de manera precisa lo que escuchaba y al expresarle empatía ("puedo imaginar cuán perturbador debe haber sido eso"), el consejero comunicó tanto que comprendía, como que le importaba lo que sucedía.

Dimensiones del problema

El incidente precipitante de la crisis de Paul fue el encuentro con sus padres el día anterior. Su incapacidad para salir adelante en esta situación particular se desarrolló a partir del hecho de que dos obstáculos en apariencia insuperables se habían producido por esa vía: un conflicto irresoluble con su amante, y las sospechas de los padres acerca de la homosexualidad de Paul. La incapacidad de éste para salir adelante en este caso estaba atada a su incapacidad para lidiar de modo asertivo con su amante y sus padres. De ahí que los acontecimientos recientes hubieran golpeado de manera directa en una de las carencias de habilidad por parte de Paul. Puesto que el problema del suicidio no avanzó, el consejero pudo emplear la mayor parte del tiempo en este preciso conflicto, y

ayudar a Paul a tratar de modo más directo tanto con sus padres como con su amante, acerca de sus preocupaciones.

El conflicto que requería atención inmediata fue la planeación suicida de Paul. El consejero juzgó la situación como letal en grado alto, puesto que Paul había intentado suicidarse antes, tenía los medios mortíferos (el arma) disponibles para disponer de su vida, y tenía un deficiente contacto con otros en su red social inmediata. Los conflictos para después, que no cubrió el consejero, los cuales se encargarían en futuras sesiones de terapia, incluían la necesidad de Paul de habilidades asertivas para tratar con aquellos que estaban cerca de él, se "descubriera" o no, y cuándo, que él era un homosexual, y que hizo uso (por lo menos dos ocasiones) de amenazas de suicidio como un medio de solución para sus dificultades en curso. El consejero reconoció que la crisis de Paul tenía tanto componentes circunstanciales (mudarse seis meses antes a una nueva ciudad y escuela) y para el desarrollo (identidad e intimidad). Para esa primera sesión, de algún modo, los asuntos principales fueron proporcionar apoyo, reducir la mortalidad de la crisis completa y proveer del enlace con un recurso de ayuda.

Posibles soluciones y acción concreta

La táctica adoptada por el consejero a lo largo de la sesión fue hacer que participara la cooperación de Paul en cualquier maniobra establecida para reducir la mortalidad. El consejero comenzó al escuchar y poner al descubierto los sentimientos de Paul acerca del suicidio como una posibilidad, en un intento por enmarcar la ambivalencia en un sentido tal que ésta pudiera utilizarse más tarde, durante el proceso de negación. En tanto que la hospitalización, el llamar a los padres o alguna otra intervención de control similar hubiera sido posible, el consejero elegido (de manera apropiada) para swmir un enfoque gradual para reducir la mortalidad, debería actuar con la cooperación y consentimiento de Paul para cada maniobra.

Según el manual de procedimiento (en el capítulo 6) para los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), el consejero adoptó una actitud directiva, caracterizada tanto por las negociaciones contractuales con Paul (acerca del rifle) como por la movilización activa de otros recursos (el auxiliar residente). Al enfocar de esta manera, se preservó la confianza y se mantuvo la relación entre el consejero y Paul. El disponer del arma y obtener el acuerdo de éste para no intentar el suicidio en el futuro inmediato, fueron los medios más directos para reducir la mortalidad. Establecer contacto con el auxiliar residente en el donitorio y que el consejero se ofreciera para estar disponible por teléfono esa tarde, sirvió para ampliar la base de apoyo social. La meta del consejero era, de manera clara, no iratarse de resolver todo en esa única sesión, sino, antes bien, establecer preferencias, ganar tiempo y dar pasos razonables para asegurarse que Paul viviría para platicar acerca del problema al día siguiente.

El enlace con recursos de ayuda más amplios trató principalmente con el establecimiento de la cita con Paul para ver al consejero al día siguiente, más el contacto con el grupo de servicios de la comunidad homosexual para la siguiente semana. Otra vez, la estrategia de conjunto fue para ensanchar la base de apoyo y la asistencia en tantos sentidos como fuera posible. El supuesto fue que Paul podría aprovechar el apoyo y la orientación de otros homosexuales que habían confrontado el conflicto de lidiar con los padres.

Otro ejemplo de la actitud directiva que tomó el consejero en esa sesión de ayuda (ue el adiestrar a Paul en cómo tratar con sus padres y su compañero de cuarto el futuro inmediato. Aunque el asistente, de modo claro, no instruyó a Paul sobre el comportamiento asertivo adecuado en una sesión. fue capaz de modelar varias de las posibilidades, para, demostrar su utilidad potencial y agregar legitimidad a la adopción de una actitud valiosa de parte de Paul hacia su amante y sus padres, en tomo de las dificultades actuales de él mismo.

Seguimiento

El mecanismo de principio para el seguimiento fue la cita que se estableció para la tarde siguiente. La primera sesión concluyó, entonces, con el conocimiento de Paul y el consejero acerca de que habría un tiempo específico para verificar el progreso y/o hacer otros arreglos para asistir a Paul.

Los criterios principales del consejero se evaluaron la efectividad de su contacto de ayuda se basó en que él: a) proveyó apoyo, b) reafirmó la dignidad y c) hizo un intento de proporcionar otro recurso de asistencia.

En este caso particular el consejero abandonó la función de que había aplicado cada uno de los criterios anteriores. Paul habló al final acerca de sentirse un poco mejor como resultado de la conversación (el apoyo); aceptó de buen grado su rifle y contactar al consejero si necesitaba de ello creía esa

Wirtz (1994) y Paul (1994) o fue para una visita al día siguiente (en un momento de la sesión). Cuando el consejero siguió sus caminos separados de la plática, de una hora, el consejero tenía la seguridad de que el hecho de haber podido en ese momento.

En la sesión de seguimiento el consejero intentó analizar el resultado de su intervención al verificar las cosas de Paul de modo aún amplio. Se anticipó al determinar el alcance de que Paul, de hecho, dado pasos hacia un enfrentamiento con la situación. El consejero buscaría indicaciones concretas en la conversación a que Paul estaba mostrando (sentimientos de preocupación, ansiedad, y otros semejantes) a, socialmente, en la crisis, y a que Paul se desplazaba hacia la resolución de los asuntos (contando con el grupo de apoyo, hablar con el amante, tomar decisiones sobre cómo arreglárselas con sus padres) que se requirieron en la crisis.

Intervención de segunda instancia

Terapia modal para crisis

Limpia pánico de los procesos de reconstrucción de una vida quebrantada por un incidente externo, nos muestra que la muerte de un ser querido, la pérdida de un miembro corporal o cualquier otra crisis circunstancial o del desarrollo. La utilidad de la terapia para crisis yace tanto en sus técnicas (las cuales, como veremos, se toman prestadas de otras terapias de espectro más amplio), sino en el hecho de que todo lo que el terapeuta hace se encamina a auxiliar al paciente a arreglárselas con el impacto del incidente de crisis en cada área de la vida del paciente.

La terapia para crisis intenta ayudar al paciente a resolver la crisis, y se define en el capítulo 2 como:

Translaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente a flote, antes que cerrado, para encarar el futuro.

*Nuestra expectativa es que el primer contacto de un terapeuta con un cliente opaciente seguirá las pautas de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), así la utilización de los mismos. La diferencia entre un consejero y, por ejemplo, un abogado, es que el primero tendrá un conocimiento del marco de evaluación de la terapia para crisis, la capacidad de recopilar más información detallada bajo el segundo componente de los PAP, es decir, las dimensiones del problema. Mientras el abogado indaga sobre el funcionamiento del cliente, el terapeuta para crisis, como los de crisis, el terapeuta averigua más acerca de cada modalidad, y acerca del progreso del paciente en las cuatro tareas de la resolución de la crisis, incluso durante la fase de contacto en los PAP. Nuestro modelo de intervención espera de los dos tipos de asistente que primero realicen los PAP, y que entonces ambos remitan a la persona a la terapia para crisis, si ello se requiere. Lo hará el abogado o la enfermera, y comiencen los procedimientos de evaluación de la terapia para crisis, lo mismo en la primera sesión que en las siguientes (como lo haría el terapeuta).

Este proceso de translaboración es un esfuerzo mucho más extensivo que los primeros auxilios psicológicos, requiere más tiempo y un nivel más alto de entrenamiento para el terapeuta. Debemos recordar también que no todos los que experimentan una crisis vital necesitan de una terapia para resolverla. Muchos individuos translaboran las crisis por sí mismos, al beneficiarse del consejo de sus amigos, las lecciones recordadas del pasado o de las estrategias de enfrentamiento aprendidas sin la ayuda de un terapeuta. A muchos otros, de cualquier modo, no les va muy bien con esto, y es ello lo que captará la atención de los consejeros y terapeutas entrenados en psicología, psiquiatría, enfermería, trabajo social, consejería pastoral, o alguna otra especialidad profesional que implique la terapia breve. Para nuestro propósito, la clasificación profesional es menos importante que el entrenamiento y las aptitudes del asistente.

Como se describió en el capítulo 5, la terapia para crisis es más efectiva cuando coincide con el periodo de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. Puesto que alguna modalidad de la reorganización, de manera invariable, **ten** lugar durante este tiempo, nuestro propósito es proporcionar asistencia en ese periodo, para incrementar la probabilidad de que la reorganización sea hacia el crecimiento y se aleje del debilitamiento. Las energías terapéuticas se ajustan para ayudar al "paciente a: a) sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis, b) identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis, c) obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis, y d) realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis. Estas tareas se orientarán por el proceso de la terapia. Cada estrategia terapéutica se encaminará a asistir al paciente para llevar adelante una o más de estas tareas, en tanto se aplica a la dimensión específica de la crisis. El presente capítulo se destina a la valoración, tratamiento y evaluación de los componentes de la terapia para crisis.

VALORACIÓN

La estructura de la valoración y el tratamiento que se utilizan en la terapia para crisis dentro de este libro se inspiró en el trabajo de Lazarus (1976, 1981) y otros, quienes habían adoptado un enfoque multidimensional para la psicoterapia (Hammond y Stanfield, 1977; Horowitz, 1976). En tanto que otros teóricos (Burgess y Baldwin, 1981; Halpern y otros, 1979) han reconocido la importancia de valorar el funcionamiento del paciente en varias áreas o subsistemas (como son: el emocional, el conductual y el cognoscitivo), la literatura sobre crisis no presenta una estructura que proporcione procedimientos amplios de valoración, vinculados de manera directa con las estrategias de tratamiento. El enfoque que se ofrece en este capítulo pretende cubrir esta laguna, al aplicar una versión modificada de la terapia multimodal de Lazarus para situaciones de crisis.

Los cinco subsistemas de la persona: un perfil CASIC

El cuadro 8-1 lista cada uno de los sistemas de la personalidad CASIC que se convierten en el foco de la terapia para crisis. Las diferencias principales entre

Cuadro 8-1. Perfil básico de la personalidad

Modalidad/sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, <ljeta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y taaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión
Afectiva	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etcétera; adecuación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresan o se ocultan los sentimientos?
Somática	Funcionamiento físico general, salud Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales Y cualquier otros males somáticos; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos Y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, eficiencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos grupos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congruente, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
Cognoscitiva	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y límites razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida

Las fuentes de información para este cuadro incluyen la entrevista clínica, los informes de los miembros de la familia, informes, fuentes de referencia y cuestionarios. (Véase apéndice B.)

nuestro perfil de la personalidad CASIC y el ítem de Lazarus son: 1) eliminación de la categoría de drogadicción y codificación de la gestión de tabaco, alcohol, medicamentos y otras sustancias como actividades conductuales; 2) inclusión de todas las variables de funcionamiento físico (que abarcan las sensaciones de la vista, el tacto, el gusto, el olfato y el oído) del funcionamiento somático (un poco más amplio que la categoría de sensación de Lazarus); y 3) codificación de las fantasías y las dimensiones cognoscitivas bajo un solo encabezado (el cognoscitivo). [Véase también el capítulo 2 para una exposición del sistema de Lazarus (1976).]

El sistema conductual se refiere a la actividad patente, en particular trabajar, jugar y otros patrones vitales importantes que incluyen el ejercicio, los patrones de dieta y sueño y el uso de gas, alcohol y baco. Al valorar el funcionamiento conductual de un paciente, se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad.

Las variables afectivas incluyen un rango completo de los sentimientos que un individuo puede tener acerca de cualquiera de estos comportamientos, de un incidente traumático o de la vida en general. También se da atención a la valoración de la adecuación social, o a la competencia entre el afecto y distintas circunstancias de la vida. Como con el comportamiento, es importante valorar la condicionalidad de diferentes sentimientos (antecedentes y consecuencias).

Hammond y Stanfield (1977) han descrito cuatro determinantes primarios de la emoción: a) algunas emociones han de comprenderse como respuestas psicológicas condicionadas a los estímulos ambientales, como por ejemplo las "mariposas" en el estómago. b) Las emociones se pueden ver también como respuestas a estímulos internos tales como cogniciones, fantasías u otras imágenes mentales. Las terapias cognoscitivas (Beck, 1970, 1971, 1976; Ellis, 1962, 1974a, b) consideran a las emociones como respuestas a los incidentes ambientales, mediadas por los procesos de pensamiento. c) La conducta influye sobre la emoción; expresar una emoción; actuar una emoción, intensifica el afecto (Hammond y Stanfield, 1977). d) Las emociones también pueden verse como operantes orientados hacia metas, las que con frecuencia funcionan para manipular el medio. Hammond y Stanfield (1977) proporcionan el ejemplo del paciente que realiza autoaseveraciones negativistas, que de un modo selectivo se enfoca sobre los acontecimientos desagradables de su vida, hasta que se desarrolla la depresión. El cónyuge del paciente puede entonces responder con un sentimiento de culpabilidad, el cual le conduce a un comportamiento nutticio y compasivo hacia el paciente.

El funcionamiento somático de un paciente se refiere a todas las emociones corporales, que abarcan la sensibilidad al tacto, el sonido, la percepción, el gusto y la visión. Los datos sobre el funcionamiento físico general, que incluye los dolores de cabeza, las molestias estomacales y salud general, se codifican aquí. Existe una investigación, publicada de manera extensa con respecto a la contribución de las variables psicológicas a la psicopatología (Hammond y Stanfield, 1977). En situaciones de crisis, nos interesa de modo particular lo referente a las cuestiones somáticas correlativas a la angustia psicológica, los problemas físicos, o ambos, que pueden haber precipitado la crisis. En muchos casos, una crisis exacerbará los problemas físicos existentes, o conducirá a comportamientos que, si son continuos en largos periodos, pueden tener un efecto nocivo sobre la salud. La valoración de esta modalidad conduce de manera directa a la primera tarea para la resolución de la crisis, la supervivencia física, la cual se expone más adelante.

La modalidad Interpersonal incluye datos sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y trabajadores. Se pone atención al número de contactos en cada una de estas categorías, y en la naturaleza de las relaciones, en particular el papel que juega el paciente con distintos allegados (como un igual, como un líder, pasivo/dependiente y así sucesivamente).

Por último, los procesos mentales se codifican bajo la modalidad cognoscitiva. Aquí se incluyen las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos sobre el pasado y las aspiraciones para el futuro, así como las reflexiones no controladas de manera relativa, tales como los sueños diurnos y nocturnos. La cognición es una clasificación que se utiliza para referirse al rango completo de los pensamientos y, de modo particular, las autoaseveraciones

que las personas hacen acerca de su comportamiento, sentimientos, funcionamiento corporal y otros semejantes. Al recurrir a las tendencias recientes en las terapias cognoscitivas, esta modalidad incluye la atención a la catastrofización y la sobregeneralización (Beck, 1976), así como a varias clases de pensamiento irracional (Ellis y Harper, 1976). También es ésta la categoría dentro de la cual se codifican los más tradicionales procesos de pensamiento psicótico (como la paranoia).

Es importante valorar tanto las imágenes y representaciones mentales (la función del hemisferio derecho del cerebro), tanto como los procesos de pensamientos verbales/de concepto (hemisferio izquierdo). Se ha hallado que las fantasías juegan un papel profundo en la psicopatología:

Por ejemplo, los pacientes con frecuencia se representan imágenes de catástrofes que les atemorizan, y que pueden ocurrir si ellos intentan movilizarse hacia una meta. Estas fantasías son, por lo general, una distorsión de la realidad, pero el paciente las percibe como válidas y conducen a abstenerse de fijar metas. Para usar un ejemplo muy común, muchos hombres evitan la revelación de sus sentimientos a sus esposas, para que no se les perciba como débiles o carentes de virilidad. Pocas veces la fantasía tiene un fundamento en la realidad, y aun así contribuye al retraimiento y la carencia de intimidad en las relaciones. Otro ejemplo es la esposa que de manera mental se representa a su esposo con otra mujer, cuando él está lejos por negocios. Estas imágenes pueden estimular y asociarse con sentimientos de ansiedad, temor y resentimiento, y más tarde conducir a respuestas de apatía, interrogatorios rigurosos y desconfiados y ataques verbales y acusaciones (Hammond y Stanfield, 1977, página 58).

Los sueños de noche y de día, o cualesquier representaciones o imágenes mentales posteriores a un incidente de crisis, con frecuencia abren la puerta para una comprensión de lo que ese acontecimiento significa para el paciente. lo mismo en términos de las metas del pasado que de las esperanzas para el futuro.

El segundo conjunto de variables cognoscitivas tiene que ver con los pensamientos y, en particular, con las autoaseveraciones que las personas realizan acerca de su comportamiento, sentimientos, funcionamiento físico, relaciones y los acontecimientos que ocurren en el transcurso de toda su vida. La premisa capital de las terapias cognoscitivas es que nuestras reacciones emocionales a los acontecimientos de la vida dependerán de nuestras interpretaciones cognoscitivas de esos acontecimientos (Beck, 1976; Ellis, 1974a, b; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977). En el modelo A-B-C de personalidad de Ellis (1974), una reacción como la depresión, la culpa o el retraimiento (C) no es causada por un acontecimiento externo (A), sino por los pensamientos que intervienen (B) con respecto a ese suceso. Shulman (1973) ha sugerido que nuestras convicciones acerca de la vida sirven como un programa detallado, que guía tanto la percepción como el comportamiento. Numerosos repertorios cognoscitivos han presupuesto errores cognoscitivos, conceptos erróneos, ideas irracionales y creencias falsas, que contribuyen a crear la psicopatología (Beck, 1976, 1971, 1976; Ellis, 1962; Lazarus y Fay, 1975).

En el apartado inserto en esta página se listan los conceptos erróneos comunes, que con frecuencia se hallan en las poblaciones clínicas (Hammond y Stanfield, 1977). En situaciones de crisis, muchos pacientes se vuelven conscientes de que han funcionado por años según una o más de estos conceptos

1 Apartado 8-1 1

CONCEPTOS ERRÓNEOS COMUNES ACERCA DEL SÍ MISMO. EL MUNDO. LAS METAS Y LOS IDEALES (HAMMOND Y STANFIELD, 1977)

- t. Definiciones distorsionadas del sí mismo:
 - a. Yo soy una víctima inocente e indefensa. La infelicidad y lo que ocurre en la vida es ocasionado por las circunstancias externas o acontecimientos del pasado, de los cuales yo no soy responsable y no tengo el control.
 - b. No soy lo suficientemente atractivo, femenina o masculino.
 - c. Soy deficiente (por ejemplo, no lo suficientemente inteligente) y, por tanto, estoy destinado a fracasar.
 - d. Soy perverso.
 - e. Soy débil (y necesito que me conduzcan).
 - f. Soy tan excepcional como me calificaba a mi manera (calificación narcisista).
 - g. Soy indeseable y nadie podría amarme.
 - h. Mi valor se mide por mi desempeño.
 - i. No tengo valor si mi cónyuge [novia, novio, madre, padre, hijo(a)] no me ama.
2. Asunciones mal hechas con respecto a la gente y el mundo:
 - a. La vida es peligrosa, con competencia despiadada, una jungla. Las personas son competidores hostiles.
 - b. La vida no me da oportunidad, estoy destinado a fracasar.
 - c. Los hombres (o las mujeres) no son confiables.
 - d. La vida es caótica e imprevisible por completo.
 - e. Las personas son estúpidas, y uno debe tomarlas por todo lo que pueden hacer.
 - f. Otras personas son felices, "nonnales", y no tienen sentimientos o problemas semejantes a los míos. De hecho, algunas personas tienen matrimonios perfectos, hijos perfectos y así sucesivamente.
 - g. La buena apariencia, la inteligencia superior, la capacidad atlética, el dinero y así sucesivamente, hacen que uno sea feliz.
 - h. La gente me despreciará como inepto si yo cometo o admito errores, admito mis limitaciones y busco consejo.
 - i. La mayoría de las cosas son lo mismo blancas o negras. esto es, buenas-malas, correctas-equivocadas, agradables o desagradables, inteligentes o estúpidas, atractivas o inatractivas (Lazarus y Fay, *ITMS*, página 85).
3. Metas mal asumidas de autoderrotta
 - a. Es esencial ser perfecto, competente por completo y sin defecto para tener mérito. No se deben cometer o admitir errores.
 - b. Debo ser amado y aprobado (admirado, gustado) por todos; no debo nunca ofender (a alguien).
 - c. Debo hallar la solución perfecta o "correcta".
 - d. Debo ser el mejor, el primero, o, correcto.
 - e. Debo ser el centro de atención, la atracción estelar.
 - f. Debo depender de alguien 'más fuerte para que me guíe.
 - g. Debo vengarme y quedar a mano con el mundo.

J Apartado 8-1 1

IL "Continuaci }...-1

- h. No debo permitir que la gente sepa cómo soy en realidad (los demás pueden pensar que soy menos o utilizar en mi contra lo que aprendan).
 - i. Debo desahogar mi ira siempre que la sienta.
 - j. Debo estar a salvo y seguro en todo momento. Debo ser cuidadoso de no tomar cualquier riesgo u oportunidad.
 - k. Debo ser autosuficiente e independiente por completo.
4. Ideales mal asumidos.
 - a. La única cosa que vale la pena ser es una estrella" (o genio). Ninguna otra cosa vale la pena que se trabaje por ella (Shulman, 1973, página 41).
 - b. Debo estar siempre calmado, sereno y sosegado, y nunca perder el control.
 - c. Yo debería siempre saber la respuesta correcta.
 - d. Yo debería ser el perfecto cónyuge, pariente, amante, empleado, hijo(a), miembro de la iglesia.
 - e. Un hombre "de verdad" es un tipo duro que nunca acepta patrañas de parte de nadie.
 - f. Una mujer "de verdad" debería ser siempre femenina, inofensiva, asertiva y dependiente.
 - g. Yo siempre debería ser a mi manera.
 - h. Yo tengo una vida más fácil y feliz cuando evito las responsabilidades y problemas.
 - i. Yo debería ser capaz de tener logros y ser feliz sin incomodidad ni lucha.
 - j. Yo nunca debería ser egoísta y ser siempre considerado, generoso, feliz.
 - k. El propósito de la vida es trabajar duro y ser productivo -no feliz (Lazarus y Fay, 1975, página 65).
 - l. Si tú te esfuerzas lo suficiente, puedes sobresalir en cualquier cosa y en todo (Lazarus y Fay, *ITMS*, página 34).

Tomado de: O.C. Hammond y K. Stanfield, *Multidimensional Psychology: A Counselor's Guide for the MAP Prom*. Derechos de reproducción, 1976, 1977, para el Instituto de Pruebas de Personalidad y Habilidad. Reproducido con autorización.

equivocados. La crisis provee una oportunidad para analizar el concepto erróneo y su relación con los recientes incidentes llenos de tensiones, lo que conduce a cambios subsecuentes en el modo de pensar.

Los valores y las creencias religiosas son también una parte importante del funcionamiento cognoscitivo de un individuo. Aunque los métodos que utilizan los científicos del comportamiento excluyen la valoración de una dimensión espiritual, las creencias establecidas de un individuo, sus valores y su filosofía de conjunto acerca de la vida están tan disponibles para el clínico como para cualesquiera otras variables cognoscitivas y con frecuencia ejercen una influencia poderosa sobre cualquier otra dimensión de la personalidad.

Hammond y Stanfield (1977) nos recuerdan que las experiencias tempranas de la vida ejercen una influencia poderosa sobre la percepción del niño acerca del mundo, y ello abarca las expectativas sobre el futuro. Cuando estas expectativas y creencias, con interpretaciones y evaluaciones de acontecimientos a modo de acompañantes, persisten al niño en crecimiento (y, después, al adulto)

manejar las circunstancias de la vida a lo largo del camino; entonces es probable que el desarrollo ocurra sin una ruptura dramática o una crisis. Cuando, de algún modo, las creencias, valores y expectativas de la infancia no pueden manejar la información nueva que se introduce en ciertos puntos, entonces puede presentarse la crisis. Bajo estas circunstancias, la terapia para crisis busca asistir al paciente en la reevaluación de sus creencias, expectativas destrozadas o errores cognoscitivos/conceptos equivocados, en busca de mejores sustitutos para ellos. La peculiaridad de la crisis (y, por ende, de la terapia para crisis) es que es precisamente durante estos momentos de tremenda perturbación y motivación para el cambio, que la información diagnóstica sobre la cognición está disponible fácilmente ("¡no puedo creerlo!", "¿por qué me pasa esto a mí?", "yo siempre pensé que...").

Supuestos de la valoración

Aunque hemos consolidado las siete dimensiones de Lazarus en cinco modalidades, nuestros supuestos acerca del proceso de valoración son muy semejantes. La valoración en la terapia para crisis se fundamenta en las siguientes suposiciones:

1. Debemos ser capaces de valorar el impacto del incidente de crisis en todas las cinco áreas de funcionamiento de la persona: comportamiento, sentimientos, salud corporal, relaciones interpersonales y cognición. El desatender una o más áreas conducirá sólo a una comprensión parcial de la crisis, y a entorpecer las subsecuentes intervenciones terapéuticas.
2. Los cinco subsistemas CASIC, aunque valorados por separado, se interrelacionan de manera que puede esperarse que los cambios en uno conduzcan al cambio en los otros. El reto terapéutico es capitalizar este hecho al valorar aspectos específicos del funcionamiento en cada modalidad (como una expectativa irreal sobre el matrimonio, en la modalidad cognoscitiva, con los que pueden tratarse de manera directa, y que conducen al cambio positivo en otras áreas (como los cambios interpersonales en una relación matrimonial);).
3. Es importante valorar tanto las fortalezas como las debilidades en el funcionamiento CASIC durante la crisis y, siempre que se pueda, movilizar las primeras para apuntalar las segundas: por ejemplo, el alentar un patrón de ejercicio físico (comportamiento) como un medio para salir adelante con la tensión física (lo somático) que acompaña al desempleo inesperado en un paciente.
4. La valoración de la crisis de un individuo debe incluir las variables del entorno del ambiente familiar/social, la comunidad y la cultura, puesto que estas variables suprasistemáticas tienen un peso directo sobre el éxito o fracaso de las estrategias de intervención. Por ejemplo, después que un hombre armado mató a cinco polares de California, todos ellos refugiados del sudeste de Asia, funcionarios de la escuela hallaron que las primeras ofertas de orientación y de "hablar acerca de los sentimientos", se vieron como una intrusión entre los miembros sobrevivientes de las familias, y que los subsecuentes esfuerzos de alcance externo

necesitaban encajar los temores de los niños acerca de que el patio escolar-estaba habitado por los espíritus de sus compañeros de clase muertos (Gross, 1989).

5. Los procesos de valoración deben organizarse para permitir la evaluación al final de la terapia, y en varios puntos del seguimiento. Esto incluye la necesidad de rastrear diversas variables de la personalidad desde el periodo anterior a la crisis, durante la misma y en la etapa posterior a ella, como medio para la medición del crecimiento.
6. La meta de la valoración no es crear una clasificación diagnóstica, sino, más bien, proporcionar un perfil del funcionamiento CASIC previo a la crisis en el entorno de un funcionamiento CASIC de precisión que sea similar, y ambos producirán pautas concretas para la selección de las estrategias de tratamiento.

Fuentes de Información

Los datos para la valoración pueden extraerse de diversos recursos, de los cuales el principal es la entrevista clínica. Al utilizar la estructura CASIC como un mapa cognoscitivo, el clínico indaga acerca del funcionamiento del paciente en cada modalidad. Lo mismo si se habla con el paciente a solas, o con la presencia de familiares y amigos cercanos, el clínico tiene como principal de valoración el determinar el impacto del incidente de crisis sobre el funcionamiento conductual, afectivo, físico, interpersonal y cognoscitivo. En muchos casos es factible lograr que los pacientes completen el Cuestionario para el CASIC (CC), un inventario para llenar espacios en blanco, en el cual se pide al paciente en crisis que describa su funcionamiento CASIC tanto anterior como posterior al incidente de crisis. (Apéndice B.) El C.C. puede utilizarse como un acceso para una entrevista única, durante la cual el terapeuta extrae mayores detalles sobre los conflictos en cada subsistema.

Lista de verificación para la valoración

El cuadro 8-2 ofrece un breve cuestionario que el clínico puede utilizar para sintetizar los datos de la valoración. El cuestionario se puede utilizar tanto como una guía para estructurar la entrevista de valoración, como para tener una base de síntesis para registrar la información recopilada de parte de los pacientes, miembros de la familia, fuentes de referencia y otros. Lo mismo si el médico clínico se apoya de manera exclusiva en la entrevista clínica que si incluye cuestionarios, es importante que se aseguren los datos en las siguientes áreas:

1. Incidente(s) precipitante(s).
2. Presentación del problema.
3. Entorno de la crisis.
 - Funcionamiento CASIC previo a la crisis.
5. Funcionamiento, CASIC durante la crisis.

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis

Nombre: _____ Edad: - ____ Sexo: _____
 Estado civil: _____ Ocupación: _____
 Nombre del consejero: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Este cuestionario puede utilizarse lo mismo como una guía para una entrevista de admisión para alguien en crisis que como una boja de síntesis para registrar la información recopilada del paciente, un miembro de la familia, fuente de referencia y otros. Cuando se utilice como una guía de entrevista, es importante adoptar un enfoque flexible, que permita al paciente determinar la secuencia de su informe tanto como sea posible, y para reordenar las preguntas según la disposición del paciente para analizar los distintos aspectos de la crisis.

I. Incidente precipitante

¿Cuál incidente provocó la crisis?

¿Cuándo ocurrió este incidente?

¿Quién resultó implicado junto con el paciente?

Describe incidentes similares que hayan ocurrido antes en la vida del paciente.

II. Presentación del problema

¿Cuál es la descripción del paciente sobre el(los) problema(s) en el momento en que la terapia comienza?

¿Cómo difiere esto de las preocupaciones asentadas por la familia y/o la fuente de referencia?

¿Qué espera el paciente consumir como resultado de la terapia?

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

III. Problemas contextuales

Haga una breve descripción de los miembros de la familia y de su implicación en la crisis:

Recursos y/o limitantes de la comunidad vecinal en el momento de la canalización:

Presiones de trabajo/oficina sobre el paciente, lo mismo que las fuentes de apoyo identificables:

Dimensiones comunitarias/culturales de la crisis:

IV. Funcionamiento CASIC previo a la crisis

Para cada etapa del desarrollo de la vida del paciente, identifique aspectos del funcionamiento conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo, que incidan de manera más directa sobre la crisis en curso.

Infancia:

Pubertad: _____

Adolescencia: _____

Cuadro 8-Z. Síntesis de la valoración de la crisis {continuación}

Edad adulta joven: _____

Edad **mediana:** - _____

Retiro: _____

V. Funcionamiento CASIC en la crisis

Examine el impacto del incidente de crisis sobre cada una de las cinco modalidades.

Funcionamiento Conductual: Investigue cómo ha afectado el incidente de crisis al comportamiento del paciente. Para cada una de las áreas siguientes, indique el impacto del incidente de crisis:

No hubo impacto	Ocurrió un cambio	Especifique
		Trabajo: _____
		Ejercicio: _____
		Uso del tiempo de descanso: _____
		Hábitos de alimentación: _____
		Fumar: _____
		Hábitos de bebida: _____
		Uso de drogas: _____
		Sueño: _____
		Control sobre los sentimientos (por ejemplo, ascenso de la temperatura, llanto frecuente, etcétera). _____

No	Sí	
()	()	Indicaciones de conducta agresiva y/o autodestructiva: _____ _____ _____

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

No	Sí	
()	()	¿Existen comportamientos o hábitos específicos que el paciente quiere cambiar? () El paciente quiere aprender un nuevo comportamiento _____ _____ () El paciente quiere hacer con más frecuencia _____ _____ () El paciente quiere hacer con menos frecuencia _____ _____ () El paciente quiere detener por completo _____ _____

Enliste tres de las actividades favoritas del paciente: 1 _____
2 _____
3 _____

En promedio, cuánto tiempo emplea/empleaba el paciente en el desempeño de estas actividades:

	Ahora	Antes del incidente de crisis
	_____ hrs/semana	_____ hrs/semana
2	_____ hrs/semana	2 _____ hrs/semana
3	_____ hrs/semana	3 _____ hrs/semana

Funcionamiento afectivo:

Examine los sentimientos que son más característicos del paciente en su vida presente. (Marque tantos como se aplique!)

Excitado ()	Abrumado	Ansioso ()
Iracundo	Tenso	Elit?rgético . ()

Cuadro 8-Z. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

Solitario	Animado	Culpable
Feliz	Fatigado	Cómodo
Triste	Atemorizado	Aburrido
"Aturdido"	Celoso	Exhausto
Relajado	Satisfecho	Otros

¿En qué situaciones se siente el paciente más perturbado? _____

¿En qué situaciones se siente el paciente más relajado? _____

¿Qué situaciones/incidentes/experiencias pueden hacer que el paciente sea más feliz? _____

¿Qué experiencias podrían provocar ira al paciente? _____

¿En qué situación(es) sería más probable que el paciente perdiera el control sobre sus emociones? _____

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con más frecuencia? _____

Cuadro 8-Z. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con menos frecuencia?

¿Cuáles sentimientos fueron característicos del paciente antes del incidente de crisis?

Funcionamiento somático:
 Examine el impacto del incidente de crisis sobre el bienestar físico del paciente. ¿La crisis fue causada por una pérdida física (cirugía, enfermedad, pérdida de un miembro corporal, etcétera)?

() No () Sí

Si la respuesta es sí, describa la exacta naturaleza de la pérdida y el impacto sobre otras funciones del organismo

Describa cualesquier males físicos asociados con el incidente de crisis (por ejemplo, dolores de cabeza, tortícolis, retortijones estomacales, etcétera).

¿Cuáles de estos problemas son una reactivación de males físicos previos?

¿Estos males físicos necesitan del tratamiento de un médico?

() No () Sí _____ (nombre del médico)

¿Estos males usualmente requieren cambios en el estilo de vida del paciente?

No Cambio de ocupación

(Cambio de actividades de ejercicio/lúdicas Cambio de dieta

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

() Otros _____

Evalúe el nivel global de la tensión física que experimenta este paciente:

() () () () ()

Relajado por completo

Tenso en extremo

¿El paciente toma medicamentos ahora?

() No () **Sí** _____ (Liste los fármacos prescritos)

Otros aspectos de la salud física del paciente anterior a la crisis, los cuales no se abordaron antes:

Relaciones Interpersonales:

Lo siguiente concierne a aspectos importantes de las relaciones del paciente con otras personas. El enfoque principal es acerca de cómo estas relaciones pueden obstaculizar o facilitar una resolución adaptativa para la crisis.

¿Tiene el paciente lazos familiares estrechos?

() No () Sí (especifique) _____

¿Tiene el paciente amigos cercanos?

() No () Sí (especifique) _____

¿El paciente es miembro de una organización social (iglesia, club social, etcétera)?

() No () Sí (especifique) _____

¿Quién es usualmente la persona más importante en la vida del paciente?

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿Cuál es el impacto del incidente de crisis sobre las relaciones sociales del paciente (con el cónyuge, los hijos, los amigos, etcétera)?

¿Quién es la red social que puede enfocarse a ayudar al paciente a trabajar la crisis?

¿El paciente está abierto a aceptar ayuda de la familia o los amigos?

() Sí () No ¿Por qué? _____

¿Quién en la red del paciente podría obstruir una resolución exitosa de la crisis?

Describe el estilo interpersonal del paciente durante el tiempo de crisis:

Aislamiento	(agresividad
dependencia	(asertividad
gregarismo	(independencia
rechazante	(otros _____

Sobre todo, el paciente describe sus relaciones interpersonales como:

	Satisfactoria	Acceptable	Conflictiva-abrumadora
Con sus padres			
Con sus parientes			(
Con su cónyuge)		(
Con sus hijos)		
Con sus compañeros de trabajo	((
Con sus amigos)	
Con sus vecinos)	

Cuadro 8-Z. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿La calidad de cualquiera de estas relaciones era diferente antes que ocurriera el incidente de crisis?

No Sí (especifique) _____

Funcionamiento cognoscitivo:

El siguiente conjunto de preguntas evalúa cómo el paciente percibe e interpreta el incidente de crisis.

Falso Verdadero

El incidente de crisis amenaza la consecución de metas vitales muy valoradas.

Especifique _____

El paciente verbaliza muchas aseveraciones del tipo "deberla haber".

Especifique _____

El paciente se siente responsable por el acontecimiento del incidente de crisis.

El paciente reflexiona con excesividad sobre el incidente de crisis y/o sus consecuencias.

Especifique _____

El paciente se siente responsable por el acontecimiento del incidente de crisis.

"Todo es culpa mía".

"No es completamente culpa mía, pero yo contribuí a ello".

"En verdad estoy confundido. Puede ser que haya sido culpa mía".

Desde el incidente de crisis, el paciente experimenta pesadillas.

Especifique _____

Desde el incidente de crisis, el paciente tiene fantasías destructivas recurrentes.

Autodestructivas

Homicidas

De maltrato hacia su cónyuge

De maltrato hacia un hijo

Como resultado del incidente de crisis, el paciente tiene pensamientos o imágenes aprensivas acerca del futuro.

Especifique _____

Cuadro 8-S. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

Examine los patrones con los que el paciente se habla a sí mismo. ¿Qué aseveraciones acerca de sí mismo se relatan?

¿Qué indicaciones existen acerca de que el paciente pueda estar utilizando el humor para salir adelante con la crisis?

¿El humor es "satánico" (defensivo, de ataque, de evitación) o "cómico" (de integración o conexión con otras personas)?

Indique la presencia de cualquiera de los siguientes:

Catastrofización Hablarse a sí mismo de modo irracional Alucinaciones
 Delirios Racionalizaciones Ideación paranoide

¿El incidente de crisis desencadenó "asuntos inconclusos" (crisis previas resueltas de un modo no exitoso, conflictos reprimidos, etcétera)? Explique.

Describe las preguntas religiosas o filosóficas destacadas por el paciente (por ejemplo: "¿Cómo pudo Dios permitir esto?")

¿Cómo ha afectado la crisis la autoimagen del paciente? _____

Describe cualesquier sueños diurnos y nocturnos recurrentes _____

Incidente precipitante

Es importante saber qué pasó para que se desencadenara la crisis. Si el incidente precipitante fue del tipo de "la gota que derramó el vaso", un incidente menor que ocurrió después de una acumulación de acontecimientos que provocaban tensión, tales como mudarse a una nueva comunidad, un cambio importante en las responsabilidades en el trabajo y otras semejantes. Se da particular atención a cuándo ocurrió el incidente y quién estuvo implicado, como un trasfondo para saber cómo interactúa aquél con la autoimagen del paciente y con su estructura y metas vitales. ¿El paciente considera el incidente como una pérdida? ¿Una amenaza? ¿Un reto?

Presentación del problema

Esto es en esencia un resumen de los problemas del paciente en el momento de su remisión para recibir atención. ¿Qué problemas acompañan al paciente en la terapia? ¿Qué es lo que el paciente quiere de la terapia para crisis? ¿Cómo describe el paciente en el momento presente el problema, y cuál es la visión de él mismo acerca de lo que más necesita?

Entorno de la crisis

Al examinar el entorno de la crisis, es importante determinar el efecto de la crisis en la familia, grupo social inmediato, o ambos, y viceversa. ¿Cómo puede afectar a los miembros de la familia el curso de la crisis del paciente (amenazas físicas)? ¿Cómo encaja la persona en terapia, en tanto "paciente identificado", dentro del entorno más amplio de la dinámica familiar, en el momento de la crisis? ¿Los intentos de los otros miembros de la familia por ayudar al paciente en realidad exacerban la situación? ¿La crisis del paciente se enlaza con un conflicto comunitario más amplio, tal como el desempleo aparejado al despido de un gran número de trabajadores en una fábrica? ¿Hasta qué punto afectan las normas comunitarias la crisis del desarrollo de un individuo? ¿Cómo perciben la crisis los compañeros de trabajo del paciente? La valoración del entorno de la crisis toma en cuenta el cómo percibe la comunidad (el empleador, los vecinos) a la crisis original (por ejemplo, el diagnóstico de cáncer) y de qué manera es posible que tal percepción precipite otra crisis. ¿Cuáles recursos están disponibles en la comunidad para asistir al paciente en la transición de la crisis?

Funcionamiento CASIC previo a la crisis

Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que siguen a un incidente precipitante particular, lo mismo si es un golpe severo aislado, como la pérdida de un ser querido, o una relativamente menor es la gota que derrama el vaso después de una acumulación de tensiones. Como indica el cuadro 8-2, el interés principal es identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento CASIC: ¿el paciente durante la infancia, la pubertad, la adolescencia, la edad adulta joven, la edad adulta y la jubilación, en tanto puedan relacionarse con el incidente de crisis.

La valoración del funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en lo siguiente:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas (Caplan, 1964; Lazarus, 1980).
2. Los recursos personales y sociales más patentes (Caplan, 1961).
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC (Aguilera y otros, 1974).
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran desencadenarse por el incidente de crisis (Miller e Iscoe, 1963).
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida.
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis (Erikson, 1963; Danish y D'Augelli, 1980; Stevenson, 1977).
7. Excedentes y déficits en cualquiera de las modalidades CASIC (Lazarus, 1976).
8. Metas y estructuras vitales para lograr las metas (Levinson, 1976).
9. Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas -familia/grupos sociales, la comunidad, la sociedad..
10. Otras tensiones anteriores al incidente de crisis, por ejemplo, dificultades en el trabajo que pudieran agravar problemas maritales (Kraus, 1979).

En suma, nuestro interés es determinar cuán bien funcionaba el individuo antes del incidente de crisis. En tanto que cada una de las variables listadas es importante, se presta particular atención a la determinación de los patrones previos de enfrentamiento y conflictos personales irresueltos. Sólo mediante la comprensión de éstos es que podemos apreciar cómo un incidente particular conduce a la crisis.

Funcionamiento CASIC durante la crisis

Nuestro principal objetivo aquí es determinar el impacto del incidente precipitante en todas las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo. Lateo a de la crisis sugiere que se dé particular atención a las dimensiones clave en cada una de las cinco modalidades CASIC:

Conductual

1. ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?
2. ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?
3. ¿Cuáles conductas se han acrecentado o posiblemente fortalecido por la crisis?
4. ¿Cuáles estrategias de enfrentamiento se han intentado, y cuál fue el relativo éxito/fracaso de cada una. ¿Las estrategias en uso en realidad mantienen el actual nivel de angustia (Figley y Sprenkle, 1978)?

Afectiva

1. ¿Cómo se siente el individuo con las secuelas del incidente de crisis? ¿Airado? ¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido? (Halperin, 1973; Horowitz, 1976).

2. ¿Se expresan los sentimientos o se mantienen ocultos?
3. ¿El estacloa afectivo da algunas claves como para la etapa de colaboración de la crisis (Caplan, 1964; Fink, Beak y Taddeo, 1971; Horowitz, 1976; Lindemann, 1944)?

Somática

1. ¿Existen males físicos asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
2. Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corpora, cirugía, enfermedad), cuál es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?

Interpersonal

1. El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos.
2. La red y los sistemas sociales en curso (Caplan, 1964, 1976).
3. ¿Qué tan buena es la ayuda disponible de parte de la familia y los amigos de la que se hace uso?
4. La actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis; por ejemplo, aislamiento, dependencia, etcétera.

Cognoscitiva

1. Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis (Levinson y otros, 1976; Taplin, 1971).
2. Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales (Horowitz, 1976)
3. El significado del incidente precipitante en la totalidad de la vida (Tosi y Moleski, 1975).
4. Presencia de los "debería", tales como "yo debería haber sido capaz de manejar esto" (Ellis y Harper, 1961; Peris, 1969).
5. Patrones ilógicos de pensamiento acerca de cuestiones tales como resultados inevitables ("ella me abandonó, por tanto, yo nunca encontraré a otra").
6. Los patrones usuales para hablarse a sí mismo (Meichenbaum, 1977).
7. Los sueños nocturnos y diurnos (Lifton y Olson, 1976).
8. Imágenes de una fatalidad inminente.
9. Fantasías destructivas.
10. Uso del humor como una vía de enfrentamiento a la crisis (Carter, 1988). (Apéndice 8-2.)

La modalidad cognoscitiva captura la esencia de la experiencia de crisis, puesto que la misma se enfoca sobre el significado del(los) incidente(s) de crisis para el individuo. La teoría de la crisis sugiere que es crucial descubrir las expectativas, metas y sueños del individuo que se han quebrantado por el incidente de crisis (Levinson y otros, 1976; Taplin, 1971), y también valorar la práctica usual del funcionamiento cognoscitivo, por ejemplo, culparse a sí mismo, sobre-generalización, catastrofización (Beck, 1976; Ellis y Harper, 1961). Quizás más que ninguna otra, la modalidad cognoscitiva se ve de parte de los teóricos como determinante para la comprensión de la experiencia de crisis [(como la cirugía) Auerbach y Kilmann, 1977; (la transición de una etapa del desarrollo a otra)

Danish y D'Augelli, 1980; (Cáncer) Siruonten y otros, 1978; (contacto psicológico con el hogar y la familia) Uwka, 1979].

Se debería poner especial énfasis sobre las "rupturas" en cada modalidad al determinarse el impacto del incidente de crisis sobre el funcionamiento CASIC. Es importante advertir que se debería poner atención también sobre áreas que no han sido afectadas, o sobre otras que pueden haber sido fortalecidas como resultado del incidente de crisis. Por ejemplo, un individuo puede obtener apoyo de parte de sus amigos durante una crisis, y de esta manera reforzar sus lazos interpersonales.

TRATAMIENTO: CUATRO TAREAS DE LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

La tarea inicial del tratamiento es traducir el perfil CASIC de crisis en un lenguaje de tareas. Los datos incluidos bajo cada modalidad se conciben de un modo no tan simple como representantes del estado de un subsistema particular, sino, antes bien, como un guía para la actividad del paciente durante el proceso de transacción, esto es, las cuatro tareas de resolución de la crisis:

1. Supervivencia física en las secuelas de la crisis.
2. Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis.
3. Dominio cognoscitivo de la experiencia completa.
4. Los ajustes conductuales/interpersonales que se requieren para la vida futura

La premisa de orientación de la terapia para crisis es que, a fin de que una persona crezca mediante la crisis, se integre este incidente a la trama de la vida y se continúe con el asunto de vivir, es necesario que se cumplan estas cuatro tareas. Todas las estrategias terapéuticas se introducen con la visión de ayudar al paciente a llevar a cabo actividades en una o más de estas áreas.

El cuadro 8-3 sintetiza las actividades del paciente y las posibles estrategias terapéuticas asociadas con cada una de las tareas de resolución de la crisis. Las estrategias provienen principalmente de la investigación en psicología. Única desde finales del decenio de 1940. En congruencia con la perspectiva multimodal de Lazarus (1976, 1981), esta estructura nos permite recurrir a diversos enfoques, como la terapia *Gestalt*, la terapia del comportamiento, la modificación de la cognición y otros, con la aplicación de cada uno de ellos de modo estratégico, para ayudar al paciente a cumplir un aspecto particular de una de las tareas de resolución de la crisis. Una lista completa de estrategias terapéuticas, que incluye descripciones sintéticas y referencias, se presenta en el Glosario (Apéndice C). A continuación se presenta un resumen de las principales consideraciones bajo cada uno de los encabezados de las tareas y las pautas para la selección del tratamiento.

Supervivencia física

La primera tarea para la resolución de la crisis es, para los pacientes, que permanezcan vivos, y tan bien en el aspecto físico como sea posible, durante el

Cuadro 8-3. Las cuatro tareas de la resolución de la crisis

Tarea	Modalidad	Actividad	Estrategias terapéuticas
Supevivencia Somática	a) Preservar la vida (impedir el suicidio u homicidio)	b) Mantener la salud física	a) Otorgar los primeros auxilios psicológicos (véase el capítulo 6 y el Glosario con respecto a: el establecimiento de la relación terapéutica) b) Consultar al paciente acerca de la nutrición, el ejercicio y la relajación (véase el Glosario en relación con: el entrenamiento autogénico, la biorretroalimentación, control de la respiración, relajación muscular profunda, dieta y nutrición, masaje, control del dolor, ejercicio físico y yoga)
		a) Identificar y expresar sentimientos relacionados con la crisis de manera socialmente apropiada	a) Discutir sobre el incidente de crisis, sueños y melas para el futuro.
Expresión de sentimientos	Afectiva		
Domnio cognoscitivo	Cognoscitiva	a) Desarrollar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis b) Comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias del paciente, sus expectativas, asuntos inconclusos, conceptos,	

cuadro 8-3. Las cuatro tareas de la resolución de la crisis (continuación)

Tarea	Modalidad	Actividad del paciente	Estrategias terapéuticas
Dominio cognoscitivo (continuación)	Cognoscitiva (continuación)	c) Adaptar/cambiar creencias, autoimagen y planes futuros a la luz del incidente de crisis	c) Asistir al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y al hablar de sí mismo (véase también el Glosario con respecto a: biblioterapia, restructuración cognoscitiva, toma de decisiones, tareas para casa, autodiálogo dirigido, hipnosis, imaginería, implosión, técnicas paradójicas, autoayuda y detención de pensamientos)
Adaptaciones conductuales/interpersonales	Conductual, interpersonal	a) Hacer cambios en los patrones cotidianos de trabajo, desempeño de un rol y relaciones con las personas a la luz del(los) incidente(s) de crisis con atención particular sobre cómo se siente el paciente acerca de distintos aspectos de la crisis (véase el Glosario en relación con: escuchar activamente, establecimiento de una relación terapéutica y el afecto inducido)	a) Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales; utilizar sesiones de terapia, asignaciones de tareas para la casa y cooperación de la red social para
		b) Instruir al paciente acerca del papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico global, y alentar modos apropiados de expresión (véase el Glosario en relación con: el control de la ira, expresión y provocación; manejo de la ansiedad; la silla vacía- meditación y entrenamiento en inoculación de tensión)	
		a) Reflexionar sobre el incidente de crisis y las circunstancias (véase el Glosario en relación con: la solución de problemas)	
		b) Analizar los pensamientos previos a la crisis y las expectativas, planes y el impacto del incidente en cada una de estas áreas (véase también el Glosario con respecto a: la Terapia Racional Emotiva)	

f
a
c
i
l
i
t
a
r

e
l

c
a
m
b
i
o

e
n

c
a
d
a

á
r
e
a
(
V
é
a
s
e

e
l

G
l
o
s
a
r
i
o

c
o
n

r
e
s
p
e
c
t
o

a
:

o
r
i
e
n
t
a
c
i
ó
n

a
n
t
i
c
i
p
a
t
o
r
i
a

,

e
n
t
r
e
-

n
a
m
i
e
n
t
o

e
n

a
s
e
r
t
i
v

i
d
a
d
,

e
n
s
a
y
o

d
e

c
o
m
p
o
r
t
u
n
i
e
n
t
o
,

t
e
r
a
p
i
a

f
a
m
i
l
i
a
r
,

r
e
t
r
o
a

limentación, asignaciones de tareas para la casa, "silla caliente", entrenamiento en habilidades interpersonales, terapia marital, modelamiento, establecimiento de redes, técnicas paradójicas, desempeño de roles, autoayuda y desensibilización sistemática)

periodo de tensión extrema y desorganización personal. P1, listo que el suicidio
ES uno de los posibles resultados de la crisis vital (capítulo 2), se deben dar pasos al principio de la terapia, para valorar posibles tendencias suicidas y ejecutar medidas preventivas apropiadas. La principal estrategia terapéutica es la estructura de los primeros auxilios psicológicos, abordada en el capítulo 6.

Más allá de la protección contra el suicidio u otro daño físico, el paciente necesita regular sus patrones de dieta, ejercicio, descanso/sueño, afin de trabajar en las tareas de resolución de la crisis. En caso de angustia emocional extrema (en especial durante la fase de impacto de la crisis; capítulo 2), se puede recomendar la canalización a un médico, para una medicación que facilite el manejo de la ansiedad o favorecer el sueño. La desventaja de la medicación es que ésta puede interferir con la expresión de sentimientos y con el dominio cognoscitivo, o conducir a una dependencia si se continúa por periodos prolongados. Muchos pacientes se automedicarán con alcohol u otras drogas, en un

intento por manejar el extremo dolor emocional o la incomodidad física asociados con la crisis (Rosenbluh, 1984).

U: Los pacientes en crisis experimentan una desorganización en la vida y el sueño, y, para algunos, los deficientes hábitos de alimentación, la falta de ejercicio físico, o ambos, pueden exacerbar sus dificultades. Para eso, se recomienda al paciente la recomendación del terapeuta para cambiar la dieta, las actividades físicas, ambas, reducir el consumo de alcohol, no del simple enfrentamiento inmediato, sino de mejoramiento en el cuidado diario del cuerpo, que puede durar para el resto de la vida. Por ejemplo, los pacientes pueden necesitar que se les enseñen los principios del ejercicio aeróbico, la profunda relajación muscular o el yoga, como un medio para salir adelante con la tensión física y mental que acompaña a una ensimismada facilidad un mejor sueño al final del día [Véase Lally (19) para un análisis de los procedimientos de relajación, que incluye técnicas de respiración, profunda relajación muscular y ejercicio, lo mismo que recomendaciones dietéticas y recetas para medicación.] A la mayoría de los pacientes que están preocupados por la falta de sueño se les puede decir que tal vez de modo deficiente por un tiempo, y que la investigación sobre el sueño sugiere que la pérdida de éste por periodos temporales no está tan cerca de ser debilitante. La preocupación asociada con la pérdida del sueño. Los pacientes cuya ansiedad física de alguna clase, o aquellos que tienen alguna dolencia física preexistente, o cuyo funcionamiento previo a la crisis se ha deteriorado por un extremo descuido del organismo, requerirán consulta médica antes de participar en cualquier nuevo programa de ejercicio.

Expresión de sentimientos

La premisa principal detrás de la expresión de sentimientos como una tarea de resolución de crisis se desarrolla a partir de la experiencia de psicoterapia con pacientes que no han resuelto sus anteriores crisis vitales. En el núcleo del concepto de Peris (1969) de los asuntos inconclusos está la idea de que las emociones que nunca se comprenden, aceptan o expresan por completo en el momento que sintieron por primera vez, pueden aparecer más tarde como constricciones funcionales de pensamiento y comportamiento, lo mismo que como males sociales. De modo concordante, el objetivo de la segunda tarea para la resolución de la crisis es asistir al paciente para que exprese, de alguna manera satisfactoria, los intensos sentimientos que acompañan a la crisis, de este modo libere la energía emocional, para utilizarla de modo constructivo en otros aspectos de la vida.

Por lo tanto, nuestro propósito ante todo es de cualquier manera, es que la palabra expresión cubra un amplio campo clínico. La mera verbalización de un sentimiento (incluso de un modo más bien ambiguo) puede ser suficiente para un paciente, en tanto que él puede participar en una expresión más abierta de ira o dolor.

! muchos clínicos prefieren ayudar a los pacientes a "manejar" los sentimientos en lugar de expresarlos. En otro libro, escrito en especial para la gente no iniciada (Slaikewicz y Lawhead, 1987), se toman los ejemplos de la vida de adiestrar a los lectores en cómo "manejar" los sentimientos de la vida real, aunque no crucial, para el proceso de resolución de la crisis. El punto importante es el del contenido afectivo de la personalidad dura que la resolución de la crisis conlleva. Las recomendaciones seleccionadas para adiestrar al paciente.

Antes que se puedan expresar los sentimientos se les debe identificar, por ejemplo, muchos pacientes están enfadados y parecen no saberlo, al reprimir con frecuencia la ira por el miedo a lo que ellos creen que pudiera significar aquella acerca de ellos mismos, si tuvieran que expresarla ("no puedo manejar mis problemas", o "me estoy volviendo loco"). Los signos que indican que deben hacer con la ira, y con frecuencia temen que expresarla conducirá de modo necesario a la falta de control y, posiblemente, a la violencia física.

La principal estrategia terapéutica para identificar los sentimientos del paciente es escuchar de manera activa, donde el terapeuta escucha tanto lo que ha pasado al paciente como el cómo se siente éste con respecto a los acontecimientos. Fuertes dosis de comprensión empática de parte de los consejeros con frecuencia pueden servir para ayudar a los pacientes a reconocer una variedad de sentimientos molestos e incómodos. Debería advertirse que identificar los sentimientos es más que un primer paso hacia su expresión. Los sentimientos sirven también como un reflejo de los procesos de pensamiento del paciente, lo cual abre la puerta para la tarea del dominio cognoscitivo. Los sentimientos funcionan de manera todavía más amplia como una clave para las situaciones ambientales que más afligen al paciente, una comprensión de qué es importante para la tarea de adaptación de lo conductual/interpersonal. Beck (1971) ha propuesto que las emociones de depresión y tristeza se relacionan con la evaluación cognoscitiva de la pérdida de algo positivo, y que la ansiedad se desarrolla a partir de la apreciación cognoscitiva de amenaza y peligro, y que la ira está imbuida de una percepción cognoscitiva de injusticia. Al escuchar con cuidado las verbalizaciones que acompañan a la expresión de sentimientos, el terapeuta obtiene información valiosa sobre exploraciones específicas que serán necesarias para el paciente, con el fin de obtener un dominio completo sobre la crisis. Las emociones dan claves similares para anticipar cambios del comportamiento; por ejemplo, la angustia de una víctima de violación ante el temor que regresará a trabajar porque ella no sabe qué decir a sus compañeros acerca de la experiencia penosa, y está temerosa también de ser nuevamente atacada al ir y/o venir de la oficina.

El cuadro 8-3 lista las posibles estrategias terapéuticas que pueden utilizarse para asistir a los pacientes en la expresión de sentimientos. Para muchos pacientes cuyos sentimientos están cerca de salir a la superficie, los lineamientos empáticos de un terapeuta serán todo lo que se necesite para que aquellos lloren, hablen de sus ansiedades y temores o expresen su ira. Otros necesitarán que se les dé "permiso" para expresar sus sentimientos, que se les reafirme que éstos son normales, y que es correcto estar enfadado durante la crisis, que, de hecho, la ira es cualquier sentimiento que el paciente experimente en ese momento es una reacción muy natural a las circunstancias de la crisis. Algunos necesitarán que se les reafirme que sus emociones extremas (con frecuencia nuevas por completo para los pacientes en crisis, según la historia de acontecimientos plenos de tensión en sus vidas) no son un signo de psicopatología, que "no te estás volviendo loco, incluso aunque lo sientas así por momentos". Muchas de estas estrategias implican el ofrecimiento de nuevas cogniciones o de educación a los pacientes acerca de los sentimientos. Esto es cierto en especial para los pacientes que batallan penosamente bajo conceptos erróneos comunes acerca de los sentimientos: por ejemplo, que es incorrecto, pecaminoso, cobarde, poco viril o señal de debilidad el sentir (o el estar de manera) temporal agobiado por

tristeza, dolor, ansiedad, temor, remordimiento, culpa y otros semejantes. Como se dijo antes, los pacientes pueden creer que permitir la expresión de un sentimiento, lo mismo si es de tristeza o ira, abrirá las compuertas, lo que conducirá a una pérdida del control. El terapeuta debería buscar los conceptos erróneos del paciente y, por momentos, ofrecerle reglas o pautas para la expresión de sentimientos, como las siguientes:

- a) La catarsis puede tener componentes tanto verbales (hablar, gñtar) como no verbales (golpear una almohada, llorar); ambos son provechosos.
- b) Durante una hora de terapia, o cuando el paciente está solo, casi cualquier medio de expresión de sentimientos es aceptable, si él mismo no provoca daño físico (como golpear a un ser humano) o deteñoro en las propiedades (como al romper una lámpara en lugar de golpear una almohada o una pelota de mano).

El terapeuta debería recordar (y esto, en muchos cruos, establecido de manera directa sobre el paciente) que existen muchas vías para expresar los sentimientos, y que cada persona puede encontrar su propio lugar, tiempo y compañía (o, a partir de ello, ausencia) para realizarlo. Por ejemplo, no hay nada cualitativamente mejor en el llanto de una persona en la oficina de un terapeuta, por oposición a llorar en la cama a mitad de la noche, o mientras se está en casa y se escucha una canción en particular por la radio. El punto por enfatizar es que los sentimientos son una realidad psicológica durante una crisis (o en cualquier momento, en ese caso) y ameritan una expresión, de una u otra clase.

Las otras técnicas listadas en el cuadro 8-3 pueden presentarse como apropiadas por el terapeuta. Durante las sesiones de terapia en sí mismas, la técnica *Gestalt* de la "silla vacía", o variaciones a partir de ello, pueden ser útiles para facilitar la expresión de material emocional después de una crisis. El terapeuta debería estar preparado para la expresión de un sentimiento que conduce a otro; por ejemplo, un marido enajenado que comienza por hablar acerca de la tristeza emocional que acompaña a una separación, para desplazarse entonces hacia una intensa ira contra su esposa y el nuevo amante de ella. El enlace entre la tristeza por la pérdida y la ira por la injusticia pasa a través de muchas situaciones, con diferentes personas en la vida del paciente que emergen como objetivos. La principal responsabilidad del terapeuta aquí es asistir al paciente a clasificar los varios sentimientos, hallar vías para identificarlos y expresarlos, y al mismo tiempo, determinar lo que ellos en realidad significan para el paciente, en términos de la experiencia del pasado, las expectativas en curso y los planes a futuro, todo como una entrada al completo dominio cognoscitivo, la tercera tarea para la resolución de la crisis.

Dominio Cognoscitivo

La premisa básica de la tercera tarea de la resolución de la crisis son los mecanismos por los cuales los acontecimientos externos se toman en crisis personales. Este enfoque para la teoría de la crisis fue propuesto primero por Taplin (1971), a pesar de que, con muy pocas excepciones (por ejemplo, Tosi y Moleski, 1975), la bibliografía acerca de la crisis ha sido lenta para desarrollar por completo las implicaciones correspondientes a la perspectiva cognoscitiva. Esta

discrepancia es en absoluto lo más sorprendente, puesto que el surgimiento de las terapias cognoscitivas ha sido uno de los más importantes acontecimientos en la evolución de la psicología clínica (Beck, 1976; Ellis y Harper, 1961; Mahoney, 1974; Meichenbaw, 1977). Los terapeutas para crisis han puesto a prueba numerosas estrategias clínicas disponibles para asistir a los pacientes en la obtención de dominio cognoscitivo sobre la experiencia de crisis. Como analizamos antes (capítulo 2), la perspectiva cognoscitiva provee el camino más claro para la comprensión de por qué un incidente conduce a la crisis (que branta las expectativas acerca de la vida, es discrepante con las metas vitales estimadas, destruye una autoimagen particular, etcétera) y, al mismo tiempo, de qué debe hacerse con el fin de que el paciente se movilice a través y más allá de la experiencia, para manejar el futuro.

Nuestra estructura de valoración extrae datos de las representaciones imaginarias de los pacientes, tanto como de los pensamientos, para la comprensión del por qué un incidente particular conduce a la crisis. Obtener dominio cognoscitivo sobre la crisis implica el uso de datos de ambas áreas, lo que entonces se enfoca sobre tres grupos de actividades del paciente.

1. En algún punto, el paciente debe obtener una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis. El terapeuta le pide al paciente que relate la historia de lo que pasó, qué condujo a la crisis, quién estuvo/está implicado, el(los) resultado(s), y otros detalles relacionados, mientras se pone atención en los vacíos de la información, posibles omisiones deliberadas, distorsiones, y así sucesivamente. En tanto las personas varían en su deseo de obtener detalles concretos, la premisa es que, con el fin de que un paciente en crisis se movilice a través y más allá del incidente que lo provocó, él mismo debe saber lo que pasó y por qué. Por ejemplo, un hombre cuya esposa de 38 años de edad demanda el divorcio (después de 20 años de matrimonio y de criar a tres hijos hasta sus años de secundaria) necesitará, en algún punto, responder a preguntas como: ¿Por qué ella lo abandonó? ¿En qué sentidos estaba ella insatisfecha con el matrimonio? ¿Cuán importantes eran las diferencias de opinión en tomo de la división de los deberes domésticos? ¿Había conflictos sexuales? ¿Existía buena voluntad del marido para apoyar a su mujer en el desarrollo de una carrera fuera de la casa, en tanto los hijos crecían?

Un carpintero que pierde un dedo en un accidente con una sierra eléctrica necesitará confrontar la realidad de que el mismo accidente se debió a una sierra defectuosa que a la propia negligencia del carpintero. El papel del terapeuta es servir como verificador de la realidad, y en mucho puede actuar como un colaborador de un equipo de investigación al interpretar datos confusos. El terapeuta al ayudar al paciente a recopilar información y a repasar las circunstancias del incidente de crisis, lo mismo que a revisar los sucesos anteriores y posteriores a aquél, como medios para establecer un fundamento para la interpretación (que se aborda en seguida) de lo que el incidente significa para el paciente.

Muchas de las cuestiones que el paciente necesita examinar son dolorosas; la ira, la culpa y una variedad completa de sufrimientos emocionales surgen en el momento en que el paciente repasa los acontecimientos. De

hecho, el dolor puede ser tan fuerte para algunos pacientes que, si se los deja solos, evitarán examinar las realidades del incidente de crisis. El criterio del clínico es importante aquí. En muchos casos, lo mejor es permitir al paciente que se retraiga por ese momento hacia otros aspectos del proceso de transacción. El evitar por tiempo prolongado reflexionar sobre el incidente (o incidentes), sin embargo, puede provocar que el terapeuta, de modo gentil pero firme, confronte al paciente con la evitación: "¿Cuánto sabes en realidad acerca de... (por qué ella te abandonó, ellos te despidieron, las circunstancias del accidente, etcétera)? Pienso que hasta que obtengas más información, permanecerás confundido. En realidad vas a limitar tus opciones para el futuro". Al cooperar un paciente a reflexionar sobre las realidades del incidente, esta actividad opera como un importante paso hacia la comprensión y, en algunos casos, desmitificación del mismo, con la meta de, finalmente, superar los elementos dolorosos.

2. El segundo aspecto del dominio cognoscitivo es que el paciente comprenda el significado que el incidente tiene para él, cómo éste entra en conflicto con las expectativas y mapas cognoscitivos, metas vitales/sueños y creencias religiosas. Aquí, las mejores fuentes de información son las propias palabras del paciente (que de modo usual se vierten libremente en una crisis, sin mucha premeditación) y sus relatos sobre los sueños diurnos y nocturnos de él mismo. El terapeuta deberá escuchar con cuidado los pensamientos clave, las creencias e interpretaciones de acontecimientos que conducen a que los mismos se experimenten como crisis. El carpintero herido de nuestro caso puede "imaginarse" que no existe futuro para él, ahora que ha sufrido la herida en su mano. La mujer que ha padecido una mastectomía después del diagnóstico de cáncer en el pecho puede verse a sí misma como carente de atractivo, y pensar en sí misma como una compañera sexual inaceptable.

Al escuchar qué es lo que el incidente significa para el paciente, el terapeuta también advierte cualquier error cognoscitivo aparente (como la sobregeneralización o la catastrofización), los conceptos erróneos o las creencias irracionales. El terapeuta deberá evitar sobresaltar al paciente de manera prematura con su propia visión de los mecanismos cognoscitivos implicados en la crisis, y a cambio utilizar preguntas y aseveraciones reflexivas (esclarecedoras) y así extraer los procesos de pensamiento del paciente, para analizarlos. En esencia, las preguntas del terapeuta cambian del cómo te sientes acerca de esas cuestiones a qué piensas acerca de esas cuestiones. Por ejemplo, "¿Cómo te visualizas a ti mismo ahora?" "¿Qué significa para ti que ella dijera que...?" "Dijiste que Dios debe estar castigándote; dime más acerca de lo que piensas sobre eso".

Después de advertir asuntos inconclusos, expectativas que se han derrumbado, creencias que discrepan con la información sobre la crisis, el terapeuta utiliza su habilidad clínica para referir esta información de vuelta al paciente. Como la mayoría de los terapeutas atestiguan, estas interpretaciones tienen una mejor oportunidad de aceptación por parte del paciente cuando es éste quien las "descubre" en primer

lugar. La implicación práctica de este conocimiento clínico es que el terapeuta debería encaminarse a crear una considerable deformación --evidencia abrumadora, podrían decir algunos--, para de esta manera incrementar la probabilidad de que el paciente saque las conclusiones por sí mismo, o, al menos, sea receptivo a la interpretación del terapeuta. Como mínimo, cualquier interpretación debería estar basada en la información que tanto el terapeuta como el paciente han generado y repasado juntos. Cualquiera que sea la estrategia escogida, el objetivo para el paciente es obtener algún insight acerca del por qué el incidente se experimenta como una crisis. En la mayoría de los casos, alguna conciencia sobre por qué (de manera cognoscitiva) los asuntos se vinieron abajo se considera un prerrequisito para el proceso de reconstrucción.

Es importante observar que el énfasis en este aspecto aparentemente intelectual de la terapia para crisis no significa que ésta se restringe a lo que los clínicos e investigadores han llevado los pacientes (VIAJE Góvenes, atractivos, verbales, inteligentes, exitosos) (Schofield, 1964). Todos los pacientes en crisis --incluso los niños muy pequeños-- tienen alguna comprensión cognoscitiva del (los) mundo(s) de ellos. Y tienen algún pensamiento acerca de lo que ellos mismos hacen para ellos en el futuro. Nuestro interés clave se relaciona con estas cogniciones --realistas, racionales y conductivas hacia el crecimiento y adaptación futuros. Un niño de cuatro años que ha sido objeto de abuso sexual por un pariente, y amenazado por ese adulto de recibir un castigo si alguien se entera, puede pensar que él (el niño) es el culpable de lo que pasó, y de manera simultánea puede creer que está en peligro de que lo castiguen o rechacen sus papás. De modo similar, un niño de seis años puede estar temerosa de irse a la cama por la noche. Le dijo, en el funeral de su tía, que ésta "sólo está durmiendo". La creencia del niño en cuanto a que sus padres lo rechazarían y la vinculación conceptual de la vida entre la muerte como equiparable al sueño y tratar de dormir en la noche, servirán para guiar sus respectivas conductas en los meses y años por venir. Con los niños, o aun con adultos de inteligencia menor al promedio, se necesita identificar sus cogniciones más relevantes y estimar su suficiencia, esto es, ¿son verdaderas estas cogniciones, y equipa a la persona para tratar con otros acontecimientos de la vida en el futuro? Es importante especialmente con los niños prestar atención a si sus pensamientos, interpretaciones, y así sucesivamente, son precisos, para nuestro mejor conocimiento. Tanto con los adultos nuestro siguiente paso puede ser un más bien complicado proceso de reestructuración cognoscitiva, o alguna variación a partir de ello con los niños esto puede ser tan simple como otorgar otra (más verdadera) cognición para explicar la información, lo mismo acerca de la culpabilidad, en el caso del abuso sexual en el niño, o para la naturaleza de la muerte y el morir.

3. La tercera actividad para el dominio cognoscitivo implica reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones, imágenes y sueños que se han destruido por un incidente de crisis. Taylor (1983) describe una teoría de la adaptación cognoscitiva para acontecimientos amenazantes, que m-

Apartado 8-2

LA RISA COMO MEDICINA

Las décadas de 1970 y 1980 atestiguaron un interés renovado sobre el papel de la risa en la curación (Fry, 1977; Fry, 1977). Carter (1988) proporciona una distinción entre humor negro; falta de humor y humor cómico. al describir el papel de la risa en el proceso de resolución. Cada tipo de humor se considera necesario, y juntos ofrecen una progresión hacia la integración. El modelo de Carter es pertinente en especial en la terapia para crisis. Y puede tener potencial diagnóstico y los clínicos y los investigadores escuchan los cambios en el empleo del humor a través de las varias etapas del proceso de resolución de la crisis. El humor satírico se fundamenta en la teoría freudiana (1905, 1912), en la que las bromas se consideran ataques contra las personas o las ideas. Las bromas hostiles sirven al propósito de agresión, la sátira o la defensa; en tanto que las escenas sirven al propósito de la exposición de alguien. El humor satírico tiene las ventajas de: hacer que se reconozca el blanco del mismo; nombrar al objetivo (controlar al objetivo al darle un nombre); poner distancia de oposición entre el evadido y el tema; liberar emociones de frustración, ira y venganza; e implicar que el individuo tiene opciones. puede hacer adaptaciones y ejercer control mediante las aseveraciones humoristas. Carter (1988) proporciona como ejemplo *The Hospital of God*, de Samuel Shem, una obra satírica favorita de los estudiantes de medicina. por tanto ofrece una crítica de la medicina, sus limitaciones, complacencias, decepciones y tragedias. (El humor usual en la serie de televisión *Mash* es otro ejemplo de humor satírico en un entorno médico).

La falta de humor es una categoría en la que no hay risa. Es un tiempo del individuo para observar, valorar y considerar la seriedad de una enfermedad o lesión, los misterios de la vida y la muerte, o los límites de la capacidad humana para sobrevivir. Para Carter, el humor impotente, para las cómodas pausas son a la melodía y los acordes de la música. Aun más allá, los individuos que persisten en el humor satírico como la única calidad de la risa, podrían nunca moverse más allá de la negociación y la ira hacia la reflexión y la aceptación, a menos que también haya un periodo de falta de humor entre tanto.

El humor cómico se desarrolla a partir de una larga tradición de la comedia como un ritual de cohesión socialmente el "cosmos" o festival de la diversión. A partir de una tradición de crítica literaria. Northrup Frye considera tal comedia como un movimiento desde una "sociedad cerrada a una sociedad renovada" (Frye, 1957). En los ambientes médicos, los tabúes contra la discapacidad, la desfiguración y aun la muerte, funcionan como obstáculos que deben ser removidos, con el fin de que los individuos se reúnan consigo mismos en amistad y relación con otros. Frye llama a esta categoría "el humor de colega" para sugerir una comunalidad que puede ocurrir entre un individuo que esté enfermo y uno que esté bien. Algunas formas del humor existen por sí mismas en medio de la enfermedad (como con Hubert Humphrey, quien moría de cáncer, y visitaba a pacientes en iguales circunstancias en un hospital de Minnesota), y otras abarcan a la enfermedad que se transforma en salud y viceversa.

En el modelo de Carter el humor puede comenzar en una vena satírica, en tanto un individuo reconoce aspectos de la enfermedad, la limitación humana u otras características de la crisis. la risa entonces se convierte en un rechazo de las limitaciones, un reclamo de utilidad e invencibilidad. En algún punto, sin embargo, el humor satírico no basta, y un individuo con dolor o en crisis se detiene para valorar, evaluar y comprometerse en una

Apartado 8-1

(Continuación)

reflexión seria. la risa amaina y puede haber un reinado de la risa. El estar detenido en esta etapa podría significar aislamiento respecto de la comunidad humana de la risa, y así mismo soledad y pesimismo. en tanto los individuos se encaran con la decadencia, la desfiguración, o aun la muerte. Sin embargo, la etapa final de la risa, el humor cómico, ofrece contacto entre las personas en crisis, y entre aquellos que están en crisis y aquellos que no lo están. El beneficio principal de esta forma de humor yace en la conexión que las personas tienen unas con otras cuando se presenta. (Los tres tipos de risa mantienen un paralelo sorprendente con los tres aspectos del dominio cognoscitivo que se describen en el presente capítulo: el humor satírico es con frecuencia un producto del encuentro con la realidad; la falta de humor puede acompañar a la reflexión seria en la significación de la crisis para el paciente; y el humor cómico está asociado de manera típica con la resolución, la interconexión personal y las nuevas perspectivas.)

Carter termina con una conversación real (desde una sala de urgencias, donde él sirvió como voluntario), la cual captura al humor cómico en un entorno de crisis. Una mujer con embarazo avanzado acaba de llegar al lugar:

Enfermera: ¿Se interrumpió su orina?

Mujer: No

Enfermera: ¿Qué tan separadas entre sí son sus contracciones?

Mujer: Cerca de tres minutos.

Enfermera: ¿Cuándo comenzó todo esto?

Mujer: Hace como nueve meses.

cluye: a) una búsqueda de significado en el acontecimiento, b) un esfuerzo por obtener dominio sobre el acontecimiento, y c) un intento de autoafirmación y una restauración de la autoestima en el proceso de adaptación. Como hemos hecho énfasis a lo largo de este libro, esta reestructuración positiva es un ingrediente clave del potencial de crecimiento en cualquier crisis. El objetivo es asistir al paciente en el desarrollo de nuevas cogniciones, quizás al enmendar una filosofía global sobre la vida y definir nuevos metas/sueños que en ambos casos se ajustan a la información disponible y equipan al paciente para encarar el futuro. En algunos casos, como con los niños recién mencionados, esto puede ser tan simple como ofrecer nueva información, aunque, en otros, la lucha por nuevas creencias, una nueva autoimagen o un nuevo sueño o visión del futuro puede ser mucho más intensa, con inicios y paradas en falso a lo largo del camino.

El cuadro 8-3 identifica un número de estrategias de la bibliografía acerca de terapia cognoscitiva que puede introducirse en este punto dentro de la terapia para crisis. En añadidura a las actividades dentro de las sesiones, tales como la reestructuración cognoscitiva, los terapeutas pueden hacer uso de recursos externos, como la lectura exterior (Glosario) y la referencia a otros que lo mismo han experimentado una crisis similar (como sucede con los grupos de apoyo para las familias de

pa_cintes con cáncer) o poseen un conocimiento especial como para aslStir en el proceso de reconstrucción cognoscitiva (clérigos/religiosas para el caso de los adultos cuya fe en la religión se pone a prueba de era sevei:io ES desafiada por una crisis). { Véaseel Glosario de este hro•.Y también a Hond y Stanfield (1977), para la síntesis de los pncpls de la terapia cognoscitiva que pueden utilizarse en la terapia para crisis.}

Adaptaciones conductuales/Interpersonales

La última tarea para la resolución de la crisis se fundamenta en la idea de que el cambio conductual es la "línea de base" para la misma. Además, la acción de una y consclívpuede hacer que una persona sea mejor (modalidad líva) también elorar la autoimagen Y el sentido de dominio (cogrosclitvo. Por elmplo, el incrementar de modo sistemático los niveles de actividad puede servir combatir la depresión, y se há encontrado que se correlaciona la adaptacin e? el seguimiento de prisioneros de guerra Y de e? quienes han mdo la c:xvenencia, de haber sido hechos rehenes (Segal, 1982). Tres de las ctro vanables refendas por Segal para asociarlas con la supervivencia sicológica de los rehenes y prisioneros de guerra impl can dime ns tones conductuales mf sonales. Las tres incluyen: a) mantener contacto con otros (aun como mmo, igual que en los mensajes codificados que se envían a través'd 1 ca:pamentos de prisioneros de guerra), b) dar pasos para ayudar a otroseq= n n problemas, Y c) retener algún nivel de control sobre la vida diaria en r ejemplo, un rehén qui: invita a sus captores a sentarse siempre que éstos tran en lace! para{e rcer elmáximo control tanto sobreel espacio físico o sobre la mteracció mterpersonal). La variable que resta -mantener la .ianza en la fortaleza mtema de uno mism l>- es cognoscitiva en la . el ptonero se recuer:i a sí mismo que existe una reserva interna fortat!. no utilizada, para recumr a ella durante los periodos de tensión severa.

Dentro las cuatro tareas de resolución de la crisis ES capital la cuestión sl, con e tiempo, la persona puede regresar a trabajar, comprometerse en :dC peno de un apel Y participar en relaciones significativas, a pesar del ec o e. que cualquiera, o todas estas actividades, pueden haber traído una l :dJIClón abrupta. o haber arrojado a la persona dentro de un tremendo . d. en por un penodo temporal. Depend: ien d de cuáles sean las nuevas . actas que e prueban, Y uáles se conviertan en parte integral del repertorio iru:portam lentos I paciente, las actividades dentro de estas cuatro tareas . seffalarel comienzo de nuevas habilidades, asociadas con el crecimiento conductual, o de construcciones asociadas con el debilitamiento.

Finalmente, la valoración del funcionamiento de crisis en la modalidad... co d mas cone! ntovioalacrisis(..... n uc

... r-ov . un lOnam1 véase" Valoración; . amba). servir como guía para identificar las actividades específicas del paciente para gesuonar esta tarea. Esto puede incluir terreno por recu rar ab:yo dpués de sufrir una leSión, reunirse con un cónge pu separación), tanto como nuevos territorios por explorar (cotno

cuarto del muchacho todas las posesiones de éste (todo, menos los muebles). En tanto que los amigos sólo querían ayudar, es probable que, al tomar de manera unilateral la petición conductual de limpiar el CIEU10, y al decidir qué hacer con las pertenencias del muchacho, también podrían haber interferido de modo involuntario en el trabajo de la familia sobre otras dos tareas de resolución de la crisis: la expresión de sentimientos y el dominio cognoscitivo (el dolor de enfrentarse con el cuarto manchado de sangre y el hecho de la muerte del muchacho).

El modelo de crisis sugiere que cada persona relacionada con la muerte del chico -los padres, los parientes y los vecinos que quieren ayudar experi" menlará su propia versión de las mismas cuatro tareas para la resolución de la crisis. Las actividades apropiada para uno de ellos pueden ser inapropiadas o aun interferir con las actividades de otros, como cuando la adaptación conductual de los vecinos para hacer p]go por la familia afect. lida, interfiere con las tareas cognoscitiva<:, afectivas y conductl.iles de esta última. Un individuo que

proporcione cuidado, con acceso a varias de las partes en tal situación, como un ministro/rabino/sacerdote, utilizaría la estructura de las cuatro tareas como una gafa para aconsejar a cada una de esas partes, de manera que sus respectivas actividades de tranNlabotación se complementarán, en lugar de entraten con Oic- to una con la otra.

GRUPO DE TERAPIA PARA CRISIS

Una innovación en el tratamiento grupal ha sido la utilización de un libro orientado al cliente, *Up from the Ashes: How to Survive and Grow through Crisis* (Slaikeu y Lawhead, 1985), como una guía para las lecturas del paciente entre sesiones, y enfocado a las polémicas en grupo durante las sesiones de terapia. Este libro se basa en el contenido del presente capítulo, aunque escrito en un lenguaje que es fácilmente comprensible para los lectores no profesionales.

El tratamiento en grupo se ha utilizado con los sobrevivientes de incidentes traumáticos como situaciones de toma de rehenes (Sank, 1979), multihomicidios (Frederick, 1987) y desastres (Mitchell, 1983, 1985, Williams y otros, 1988). Estos grupos se enfocan de manera usual en las necesidades inmediatas de los pacientes en crisis (los primeros auxilios psicológicos) y utilizan al proyectar un sendero para la supervivencia en los días y semanas siguientes a un suceso traumático.

Una variedad más genérica de tratamiento en grupo puede proporcionarse sobre un periodo de meses, a una diversidad más amplia de pacientes en crisis, lo que incluye aquellos que se encaran con transiciones para el desarrollo y también circunstancias. El foco principal en estos grupos es proveer a éstos de apoyo de "entrenamiento" en tanto los pacientes superan los riesgos conductuales que se relacionan con enfermedad inesperada, lesiones, desempleo y revers financieros, separación/divorcio y otros conflictos.

El Apéndice A ofrece una guía para líderes grupales, para el uso del material de autoayuda de *Up from the Ashes*, como accesorio para las sesiones en grupo.

INTERVENCIONES FAMILIARES

La intervención en crisis familiar tiene una fructífera historia, construida sobre el supuesto de que las familias en crisis están más dispuestas a ayudar que durante los tiempos más estables, y de que la terapia tiene la probabilidad de producir resultados más rápidos en las primeras etapas de la crisis, de lo que podría ser el caso si ésta ha terminado (Langsley y Kaplan, 1968; MacGregor, 1971; MacGregor y otros, 1964; Ritchie, 1971). Los terapeutas familiares se enfocan de manera específica sobre los lineamientos organizacionales de la familia, más bien que en las variables individuales, tales como las dimensiones CASIC descritas en este capítulo (Madanes y Haley, 1979; Minuchin, 1974). A primera vista, deberían parecerse a las técnicas de resolución de crisis descritas anteriormente y se aplicarían primero a las intervenciones individuales y que serían menos útiles para las intervenciones familiares. Un análisis cercano de las cuatro tareas -supervivencia física, manejo de los sentimientos,

dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales- revela, sin embargo, que estas mismas cuatro dimensiones pueden proveer una estructura para las intervenciones familiares. Esto se efectúa al tomar en cuenta el funcionamiento físico de la familia (como la seguridad financiera), el control familiar de los sentimientos (en el modo y el tono), el dominio cognoscitivo de la familia (mitos, identidad, reglas, toma de decisiones, estructura del poder), y las adaptaciones conductuales/interpersonales la misma (comunicación, coaliciones, el uso del poder, lo mismo que otras influencias de unos miembros de la familia sobre otros).

Como soporte para esta indicación, considérese la "piabreve familiar", modelo descrito por Watzlawick y otros (1974), el cual distingue entre cambios superficiales de primera instancia (dentro del sistema en lugar de cambiar al sistema familiar en sí mismo) y cambios de segunda instancia (que se pretende que logren que el sistema familiar opere de modo diferente). La distinción de Watzlawick y otros (1974) con respecto a los cambios de primera y segunda instancia se equipara de manera estrecha con la distinción entre la intervención en crisis de primera y segunda instancia en el presente libro; los primeros auxilios psicológicos en realidad pueden verse como un cambio superficial puesto que se pretende que ellos ayuden a la persona a dar pasos hacia el enfrentamiento (sin cambiar la personalidad o la estructura familiar), en tanto que la intervención de segunda instancia realmente se dirige al cambio individual y familiar, de modo usual en las estructuras CASIC del individuo y en las del sistema familiar, tanto con el objetivo de reforzar el crecimiento y el desarrollo.

Como un ejemplo de la relación entre el comportamiento del individuo y de la familia, existen tres vías dentro de las cuales las familias pueden manejar mal las acciones conductuales (y, por tanto, actuar en sentidos disfuncionales), cualquiera de las cuales puede volverse manifiesta en una crisis familiar, y a partir de ello, convertirse en el objeto de la intervención durante la terapia para crisis (Goldenberg y Goldenberg, 1985):

- t. Una acción puede no tomarse aun cuando sea necesaria (ejemplo, cuando un padre de familia no busca trabajo aunque la familia necesite dinero).
2. Se puede emprender una acción cuando no es necesario hacerlo (los recién casados pueden separarse porque el matrimonio no es tan ideal como los miembros del mismo se imaginaron que sería).
3. Puede emprenderse una acción en el nivel equivocado (un miembro del matrimonio está de acuerdo con "esfonarse un más" con enviar flores después de una pelea, en lugar de analizar las estructuras e comunicación básica y toma de decisiones que condujeron al conflicto).

El tercero de estos incisos es el más común, por cuanto las personas con problemas de manera usual intentan, lidiar con ellos, e un modo de es consecuente en términos de los marcos de referencia individuales y familiares. Los repetidos fracasos conducen a aturdimiento y a "más de lo mismo", hasta que el sistema total del comportamiento se pone al descubierto y cae en un colapso durante una crisis.

Al aplicar las cuatro tareas para la resolución de las crisis a los sistemas familiares se incluye la introducción de los constructos familiares basados en una

* Se publicó primero en el encuadernado de "Personas en Crisis" (Boton; Houghlon, 1985).
 JOE HUGHSON, de *The Phoenix Factor: Surviving and Growing through Crisis* (1985).

de las cuatro tareas. Por ejemplo, las familias deben sobrevivir físicamente a las crisis (al no decaer en lo financiero y al preservar la salud física de cada uno de los miembros). También las familias deben lidiar con un complicado conjunto de sentimientos con frecuencia conflictivos entre los distintos miembros de las mismas. ¿Cuál es el modo o el tono de la vida familiar, y cómo se compara esto con los estados afectivos de cada uno de los miembros? ¿Cuáles son los conflictos que la depresión precipitó en un miembro de la familia que, a su vez, desencadenaron la ira en otro, y emociones atargadas en otro más? ¿De qué modo característico la familia lidia con estos sentimientos? ¿Se habla de las emociones dentro de la unidad familiar o no? ¿Los sentimientos fuertes se derraman hacia otros sistemas sociales o de pareja (como un amorío extramarital) o se ocultan, para que más tarde se manifiesten como males somáticos de un "paciente identificado"? ¿Cómo opera la disfunción en el sistema emocional de la familia a través de las generaciones (Bowen, 1976)?

Con respecto al dominio cognoscitivo, ¿cuáles mitologías familiares se manifiestan por la crisis (Ferreira, 1966)? ¿Cuáles normas y valores antiguos y ocultos en la familia vuelven abiertos? ¿Qué piensa de sí misma la familia en términos de límites, lineamientos y poder (Minuchin, 1981)? ¿Las tareas en el hogar se asignan según el género sexual, por intereses comunes o por competencia?

¿Cuáles cambios conductuales e interpersonales se requerirán en la vida de la familia, con el fin de lidiar con la crisis en curso? ¿Qué cambios se necesitarán para realizar en comunicación, negociación y toma de decisiones, lo mismo que roles y responsabilidades dentro de la unidad familiar? (Watzlawick y otros, 1977; Haley, 1976, 1984, página 195) ¿Cuáles estructura y acuerdos se necesitarán para crear cambios significativos en la división de responsabilidades, la disciplina de los hijos o el fortalecimiento de la intimidad sexual? (Liberman, 1970b, 1976.)

Un elemento completo de la relación entre el modelo de terapia para crisis que se presenta aquí y las varias escuelas de terapia familiar está de manera clara: a más allá del alcance de este capítulo. Sin embargo, los anteriores, optimistamente, apoyarán a los clínicos, estudiantes y profesores en la integración de las tareas para la resolución de la crisis con los varios modelos de cambio representados en la bibliografía acerca de terapia familiar. En suma, se sugiere que las cuatro tareas para la resolución de la crisis pueden aplicarse al cambio familiar tanto como al individual. Los distintos componentes utilizados por los principales teóricos de la familia pueden incluirse bajo los encabezados de la resolución de la crisis acerca de "la supervivencia física de la familia", "el control familiar de los sentimientos", "el dominio cognoscitivo de la familia" y "adaptaciones conductuales interpersonales de la familia". Incluso si un modelo particular de terapia familiar se enfoca de manera exclusiva sobre las variables del sistema familia: (al soslayar los subsistemas CASIC de la persona como inadecuados para la intervención), las cuatro tareas para la resolución de la crisis se pueden utilizar como una guía para el proceso de intervención.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

La guía de las cuatro tareas para el proceso de la terapia para crisis se pretende que sirva como un mapa cognoscitivo para el terapeuta, así como los cinco

componentes de los primeros auxilios psicológicos; en cómo mapas cognoscitivos para la intervención en crisis de primer instancia. Es importante recordar que cada paciente presentará problemas y desafíos únicos y que el orden de la consumación de las tareas (y la cantidad de tiempo requerida) variará de un caso a otro. Nuestra experiencia es que el terapeuta debería valorar el progreso de las tareas con cada paciente durante cada contacto y esfuerzo terapéutico, para lograr cierto progreso (o poner un fundamento) para cada una de las tareas en cada sesión. Más allá de esta pauta general, la materia de cuyos temas se abordará y cuyos ajustes ya comenzados deberían crecer a partir de un **pr** de negociación entre el terapeuta y el paciente. En decidir cómo distribuir las energías terapéuticas, debería considerarse lo siguiente:

1. Determinar cuáles problemas son los más relevantes para el paciente en ese momento. Los mismos pueden ser pesados acerca de la detección de crisis, temores sobre el futuro, o exigencias conductuales del medio. Si existe duda, se debe ir al área en la que el paciente experimenta el mayor dolor.
2. Considerar, al comienzo de una actividad para la resolución de crisis, que la misma es la más fácil de tratar, esto es, la más susceptible de cambiar. El comenzar con éxito puede incrementar la autoconfianza del paciente y movilizar energías para trans laborar otras áreas difíciles.
3. Buscar la actividad para la resolución de la crisis que parezca responder a la mayoría de las variantes en la desorganización total del paciente. Es posible que una cognición malograda sea tratada de manera efectiva. Para este modo abrir la puerta para sentimientos más grandes de autoestima y rápido cambio conductual. Por otra parte, el paciente puede intentar la realización de un cambio conductual de modo rápido, por ejemplo, hallar un empleo o confrontar a un empleado, para preparar el terreno para cambios en otras áreas.
4. Consagrar atención, en las primeras sesiones de la terapia para crisis, a cualquier actividad que, si se descuida, puede reducir la opción de un paciente en las semanas, meses y años subsecuentes.

EVALUACIÓN DEL RESULTADO

En el seguimiento, lo mismo después de varias semanas de terapia para crisis que después de seis meses o uno o más años, se necesita valorar diferentes variables clave. La evaluación incluye más que la simple verificación del estado de cada una de las modalidades de la personalidad o subsistemas, aunque es en ello que comienza la valoración del seguimiento. Queremos observar a la persona completa, la cual, según la psicología de la *Gesalt*, es más que la simple suma de los estados de cada 1 de los 5 subsistemas. Aquí se encauzan varios problemas:

1. ¿Ha habido un regreso al equilibrio y una reorganización de los subsistemas CASIC de la personalidad? En tanto que la teoría de la personalidad indica que tal reorganización o regreso al estado de estabilidad tendrá lugar en

cción de semanas, las preguntas en el seguimiento es: a) ¿en qué sentido?, y b) ¿con qué ganancias y pérdidas? ¿La reorganización ha sido una dirección de apertura al futuro, o la persona ha reorganizado su vida al apartarse de las actividades vitales (modalidad conductual)? ¿La reducción de los sentimientos insatisfactorios ha ocurrido mediante un incremento en el dominio de la situación, o al establecerse en una estrecha y pesimista visión de la vida? Al verificar el estado de las distintas modalidades, y las relaciones de una con otra, se añaden los componentes de la terapia para crisis sobre la reobtención de equilibrio y la apertura al futuro.

2. Pues que un colapso en el enfrentamiento provoca el estado de crisis, necesitamos valorar el alcance al que las capacidades para el enfrentamiento se han reobtenido. En particular, al seguir el modelo de Lazarus (1980), hasta que alcance: a) no es posible la resolución de problemas, ¿cómo controla la inquietud subjetiva? La primera se evalúa de principio al analizar el funcionamiento cognoscitivo y conductual, la segunda al considerar las modalidades afectiva, somática e interpersonal.
3. ¿Hasta qué punto se ha transcurrido o concluido en el seguimiento cualesquiera conflictos mesueltos previos a la crisis? La teoría de la crisis sostiene que el incidente de crisis podría disparar previos conflictos mesueltos de la personalidad. En el seguimiento tenemos una oportunidad para verificar la resolución de estos conflictos. El trastorno posttraumático (TEP) de los veteranos de guerra, por ejemplo, puede producirse latente, hasta que lo desencadena algún acontecimiento de la vida, tal como un divorcio o el desempleo. En el seguimiento, la valoración no es sólo acerca de la resolución de la crisis, sino también sobre si se ha logrado el progreso hacia la resolución del conflicto anterior.
4. ¿Se ha integrado el incidente a la trama de la vida? ¿Hasta qué punto el incidente de crisis ha tomado su lugar al lado de otros acontecimientos de la vida, que dentro de no mucho requerirán una intensa atención?
5. ¿La persona está abierta a encarar el futuro, lista para trabajar, interactuar y relacionarse con otros?

En el seguimiento, uno analiza los subsistemas CASIC para determinar la naturaleza de la resolución de la crisis. ¿Esta ha sido para el debilitamiento o el crecimiento, y por qué vías? ¿Cuáles han sido las ganancias y pérdidas en cada una de las modalidades de funcionamiento de la persona: conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva? Sólo con la valoración del estado del funcionamiento CASIC en el seguimiento, junto con las mismas dimensiones como las variables en los periodos de crisis y precrisis, es que somos capaces de decir si las cosas se han resuelto o no, y en qué dirección.

INVESTIGACIÓN DE LA TERAPIA PARA CRISIS

Algunos teóricos han apuntado a la ausencia de investigación que enlace las variables del proceso con el resultado en la terapia para crisis (Aueibach y

Kilmann, 1977). En un capítulo anterior, abordamos la utilidad de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos para la crisis. La terapia para crisis presenta dificultades más grandes. En primer término, el tratamiento total requiere mayores periodos de tiempo -de semanas o meses- y da mayor confusión a lo que se efectúa para provocar cambios específicos, lo que es una limitante en cualquier investigación sobre psicoterapia. Nuestra meta debe ser definir las variables relevantes de una manera tan específica como sea posible. La estructura que se presenta en este capítulo tiene posibilidades para proyectos de investigación que especifiquen estrategias de tratamiento, y las vinculen con distintas medidas de resultados. Las áreas que merecen la atención de los investigadores incluyen lo siguiente:

- t. Se necesita recopilar información que utilice el perfil de personalidad CASIC, para depurar de modo más amplio nuestra comprensión de los conceptos clave de la teoría de la crisis, como son, la desorganización/desequilibrio del estado de crisis, el colapso en el enfrentamiento. La utilización de instrumentos personales y sociales, la resolución de las crisis y otros semejantes.
2. La hipótesis de Lazarus (1976) en cuanto a que la durabilidad de los resultados puede predecirse por el número de las modalidades que tratan, necesita ser puesta a prueba en el contexto de la teoría de la crisis. E incluso es posible, antes de recopilar nuevos datos, volver a analizar información de otros estudios sobre crisis para extraer información en numerosas modalidades tratadas por medio de varias estrategias. (Véase el capítulo 21, para un ejemplo de investigación en violación.)

J.E. En tanto que el formato multimodal no se llega a utilizar, sino más bien a estrategias de tratamiento, es posible utilizar este formato para estudiar categorías relevantes de diagnóstico del DSM-III-R (1987). El sistema puede entonces facilitar el desarrollo de más puentes entre las categorías de diagnóstico y las técnicas de tratamiento.

4. Una base empírica más fuerte se necesita para una de las más intrigantes observaciones clínicas en situaciones de crisis -a saber, que las crisis progresan a través de ciertas etapas o fases. La idea es nativa en el sentido de que, si las etapas pueden identificarse, también es posible especificar los tratamientos más apropiados para varias etapas. Horowitz (1976) realizó un comienzo en esa dirección. Se necesita recopilar los perfiles de la personalidad CASIC de los pacientes en varios puntos del tiempo, para ver si surgen las etapas y, si así es, cuáles son sus características en términos del funcionamiento CASIC de la personalidad. Otra vía sería asumir o hacer hipótesis sobre las etapas (de Kaplan o Horowitz) y recopilar datos sobre el perfil CASIC para las distintas etapas. La meta sería especificar las modalidades más afectadas durante cada etapa, las cuales podrían entonces proporcionar claves para estrategias de tratamiento que serían más efectivas durante varias etapas. ¿Cuáles modalidades, por ejemplo, se afectan más en el impacto? ¿Es la negación una función cognoscitiva primaria? Si así es, ¿cuáles estrategias cognoscitivas pueden emplearse mejor? ¿deberían aplicarse otras estrategias (aquellas que de modo aparente tienen una base afectiva) al proceso cognoscitivo primario de negación?

- S. Se hizo notar antes que muchas crisis se resuelven sin la ventaja de la terapia. La investigación que analiza la resolución exitosa de la crisis se necesita para evaluar qué factores ambientales han sido útiles en el proceso de translaboración. Al observar la adaptación en cada una de estas modalidades, nuestra comprensión de los mecanismos implicados en el enfrentamiento puede enriquecerse.

CONCLUSIÓN

Este capítulo representa una perspectiva multimodal acerca de la terapia para crisis, construida sobre el modelo desarrollado primero por Lazarus (1976, 1981). El supuesto que está por encima de todo es que la valoración, el tratamiento y la evaluación, en tanto funciones de la terapia para crisis (cada una es importante en cualquier enfoque amplio), se refuerzan de manera más grande al considerar a un individuo en términos de los cinco subsistemas o modalidades CASIC. En esencia, hemos tomado el formato de Lazarus y hemos planteado varias preguntas desde la teoría de la crisis acerca de cada modalidad. El tratamiento se fundamenta en esta valoración, pero surge de una rica tradición en psicología clínica, medicina y enfoques "holísticos" para la salud (con énfasis en el ejercicio físico y la dieta). Estos procedimientos toman lugar dentro de una perspectiva de sistemas generales en la teoría de la crisis que considera al individuo en el entorno de una familia, el grupo social, la comunidad y la cultura. En tanto que existe un fuerte énfasis sobre el tratamiento, el punto fue que no todas las crisis necesitan resolverse mediante estrategias terapéuticas; muchas de ellas se resuelven dentro del ambiente natural. Aún más, muchos trabajadores no entrenados en "técnicas de terapia" pueden facilitar una resolución positiva de la crisis al ayudar a los pacientes/amigos a translaborar la crisis en términos de las cuatro tareas para la resolución de la crisis. Este enfoque ambiental tendrá implicaciones más amplias en la consulta a proveedores comunitarios de protección, tales como el clero, los empleadores y los profesores de escuela, que tienen acceso a una variedad más amplia de recursos ambientales, mismos que pueden facilitar que implique la resolución de la crisis en cualquier modalidad. (Véase la segunda parte de este libro).

Terapia multimodal para crisis

9

Ejemplos de casos

Los ejemplos de casos de este capítulo describen la aplicación de un marco multimodal a la terapia para crisis. Los subencabezados para cada caso abarcan las dimensiones principales que se abordaron en el capítulo 8.

Se pone particular atención a cómo cada paciente salva las cuatro tareas de resolución de la crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales interpersonales.

SUPERVIVENCIA A UN ATAQUE FÍSICO

El ataque físico, como resultado de un pleito doméstico que un enfrentamiento con un extraño; representa una especie de crisis circunstancial que se ha vuelto demasiado frecuente desde hace muchos años a esta parte (*Crime in the United States*, 1985). Desde la posición privilegiada de la teoría de la crisis, el ataque físico representa un incidente discreto que puede tener un impacto poderoso en la futura salud psicológica, por no decir que también en el bienestar físico. El caso que aquí se presenta pone de relieve los aspectos más sobresalientes de la terapia multimodal para crisis, orientada a la resolución psicológica de crisis como esa.

Presentación del problema e Incidente preclíptico

Susana pensó en primera instancia que alguien pudiera estar siguiéndola, cuando estaba a una distancia aproximada de una cuadra hacia su departamento. Aunque ya era tarde por la noche (poco después de las once de la noche), ella salió a tomar el frío aire de la noche, hacia una tienda de abarrotes, alejada sólo tres cuadras de su casa, porque sabía que ella y su hijo de 1 res años necesitarían un cuarto de leche antes del desayuno, a la mañana siguiente. Ella oyó pasos. Por el rabillo del ojo, vio a un hombre que caminaba justo detrás de ella, aunque al otro lado de la calle. Apresurando el paso, y tratando al mismo tiempo de decirse a sí misma que no había peligro real, continuó caminando por la calle. Con sólo 50 metros de camino hasta que llegó a un área iluminada frente a la tienda, sintió una mano que le rodeaba el cuello. La siguiente cosa que ella supo fue que la arrojaban tras unos arbustos. Aunque era mucho más pequeña que su atacante (1.62 metros y 58 kilos, contra 1.85 metros y 100 kilos), Susana comenzó a patear y a gritar todo lo que podía. Ella temía que sería violada, pero, a medida que aquello pasaba, esto no sucedió. De manera evidente, sus gritos la salvaron de un ataque sexual. La batalla se detuvo cuando su atacante la golpeó de modo abrupto y transversalmente sobre el frente de su cabeza, con un objeto contundente, y rápidamente se dio a la fuga. Con Ja sangre escurriendo de su frente, Susana trastabilló hasta la tienda de abarrotes más cercana, donde un dependiente telefoneó para pedir una ambulancia que la llevara a la sala de urgencias de un hospital.

La herida en la cabeza de Susana cicatrizó de manera rápida. Cuando llegó el momento de quitar los puntos de sutura, la enfermera que hablaba con Susana reconoció que el daño potencial iba mucho más allá de la sola lesión física. Susana fue reportada como demasiado nerviosa y ansiosa a lo largo del día y la noche. Ella con frecuencia tenía pesadillas acerca del ataque, y se imaginaba a su atacante que venía tras ella. Estaba tan atemorizada de que su atacante pudiera regresar para atraparla, que no caminaba fuera de su departamento sola, ni siquiera a la luz del día. Este problema fue aún más exacerbado por el hecho de que Susana sentía que ya no podría más aprovecharse de una amiga vecina para que la acompañara al trabajo todos los días. Susana aceptó visitar a un psicólogo clínico asociado con la práctica familiar de su médico, para discutir cómo salir adelante con las secuelas del ataque.

Entorno y funcionamiento previo a la crisis

Desde la primera entrevista, el terapeuta supo que Susana era una mujer de 28 años que había estado casada durante un trienio y se había separado de su marido hacía aproximadamente 10 meses. Ella trabajaba de 8:30 de la mañana a cinco de la tarde cada día, en un edificio de oficinas cercano a su apartamento. Aunque ella tenía un pequeño problema para asegurarse de la aprobación de quien pronto sería su ex marido para que ella tuviera la custodia del hijo de ambos, las fricciones entre ellos dos eran frecuentes, en particular en tomo de asuntos de dinero. Susana pasaba por un momento duro para lograr vivir con su salario. La separación sobrevino de un modo más bien inesperado, desde el punto de vista de Susana, y en un tiempo de escasez. La familia se acababa de mudar a una comunidad de 300 mil habitantes, desde su mucho más pequeño pueblo natal, alejado 370 kilómetros. Susana

Perfil multimodal de la crisis

había hallado difícil dejar a su familia y amigos, aunque lo hizo así con el fin de que su esposo tomara una promoción a una posición directiva. Susana no había conocido todavía a la nueva comunidad, durante sus 13 meses de residencia en ella. Aunque ella hablaba con frecuencia con una pareja vecina en su conjunto departamental, ella sentía que no tenía verdaderos amigos en ese pueblo. Ella había tomado su empleo justo tres semanas antes del ataque.

El año y medio anterior había sido, entonces, un periodo de mucha tensión para Susana: la adaptación a la mudanza a una nueva ciudad; la separación de su marido, preocupaciones financieras, un nuevo trabajo, escasos apoyos sociales. Con todo, Susana dijo que, aun cuando las cosas habían sido muy tensionantes, ella había estado "haciéndola" antes del ataque. Ella había sido una persona con fuerza de voluntad. Aunque herida y enojada por la separación y las responsabilidades en aumento sobre su camino, ella estaba determinada a "endurecerse". Informó que había pasado por un periodo difícil al comprender por qué su marido tenía el deseo de terminar el matrimonio. Ella había pensado que las cosas iban bien, aunque él decía que no. Él hablaba de haber perdido el interés sexual por ella poco después del nacimiento del bebé de ambos. Fue en este tiempo que él comenzó a estar fuera de la noche, a tomar bastante y a reñir con Susana. En un sentido, entonces, con la mudanza de casa 10 meses atrás, se aligeró algo de estrés (por ejemplo, hubo menos peleas tarde por la noche), aun cuando aquello añadió la responsabilidad adicional para Susana de cuidar a su hijo.

El cuadro 9-1 sintetiza los síntomas de Susana en el momento de la entrevista inicial. Ella informó que había tenido dificultades conductuales, como incapacidad para dormir, comer y salir sola de casa (incluso durante el día). Sus principales síntomas afectivos incluían ansiedad extrema y sentimientos de ser "sobreestrujada" todo el tiempo, y un miedo, lindante con el terror, de que ella sería atacada de nuevo por la persona que lo hizo la primera vez. Refirió dolores

Cuadro 9-1. Perfil de crisis: Susana después del ataque

Modalidad	Estado de crisis
Conductual	Incapacidad para salir sola de casa; dificultad para quedarse dormida por la noche; apetito escaso
Afectiva	Ansiedad, sentimiento de "sobreopresión"; temor de otro ataque; tristeza
Somática	Dolores de cabeza y estomacales; fatiga física general
Interpersonal	Aislamiento; renuencia a pedir ayuda a los amigos; seguridad en la cultura para inducir interacciones con su esposo
Cognoscitiva	Sueños diurnos y nocturnos acerca del ataque; autoevaluaciones negativas

de cabeza, estomacales y una debilidad física general, debido a la falta de alimento. Por varios días, había subsistido con una dieta compuesta principalmente por refresco dietético de cola. En lo interpersonal, se sentía aislada del resto del mundo, al hablar sólo de manera breve con su amiga y vecina acerca del ataque, en tanto esta persona conducía a Susana al trabajo cada día (a cinco cuadras de distancia). Susana había hablado con su esposo acerca del ataque, y en particular sobre las dificultades que pasaba por las secuelas del mismo, con la alusión, mientras contaba la historia, de querer que él supiera que debería llevar alguna responsabilidad de lo que le ocurrió a ella, esto es, que en primer lugar fue culpa de él que ella viviera sola. En el área cognoscitiva, los principales síntomas de Susana fueron sueños aterrizantes acerca del ataque. Puesto que muchas cosas malas le habían ocurrido a ella el año anterior, Susana también reflexionó sobre el hecho de que ahora nunca podría no ser capaz de "hacerla" por sí misma. La determinación que ella había construido antes parecía haberse evaporado de la noche a la mañana.

Más allá de la desorganización en cada una de las cinco modalidades, el aspecto más relevante de la crisis de Susana fue que ésta llegó en el entorno de su intento por salir adelante con la separación de su esposo. Fue muy claro que Susana no había todavía trasladado sus sentimientos acerca de la separación, que ella no entendía por completo por qué aquella ocurrió, y que estaba amargada por la experiencia completa. Ella parecía cuidarse a sí misma, aunque estaba reacia a hacerle saber a su esposo que era capaz de hacerlo. El ataque se vio como la "gota que derramó el vaso" desde el punto de vista particular de Susana, algo que con seguridad mostraría a su esposo el lío que ella había hecho de su vida.

Aunque ella no le permitiera a su esposo saberlo, Susana tenía fortalezas reales que, si se movilizaban, podrían ayudarla en la resolución de la crisis inmediata, y al hacer ajustes de largo plazo en cuanto al ataque, así como en cuanto a la vida como madre soltera. Ella tenía una fuerte voluntad, que se hizo evidente en sus intentos por manejar las cosas durante los meses anteriores, y en sus pleitos con su esposo (aspecto verbal) y el atacante (en el aspecto físico). La cuestión era si estas fortalezas podrían ser movilizadas a favor de ella, antes que utilizarse de modo único como revancha contra su esposo.

Otros recursos o fortalezas para Susana abarcaban su trabajo (el cual le gustaba, lo desempeñaba bien y, aunque con poca paga, prometía la oportunidad de ascenso durante el siguiente año), y la amistad de una pareja vecina. Eu tanto que no había platicado gran cosa con estos dos vecinos, ellos estaban disponibles y podrían incluirse como una fuente de apoyo en las semanas por venir.

Tratamiento. El acuerdo inicial entre el terapeuta y Susana fue que ambos harían todo lo que pudieran para asistirle en la translocación de la crisis que precipitó el ataque. Al hacerlo así, sin embargo, los pensamientos y sentimientos acerca de la situación vital en curso para Susana - la irresuelta experiencia de la separación - salieron a la superficie, y

Cuadro 9-Z. Tareas para la resolución de la crisis

Tarea	Objetivos	Estrategias
Supervivencia física	Controlar los dolores de cabeza y estomacales, y de modo gradual incrementar la fortaleza/energía física	Medicación; relajación muscular profunda; ejercicio físico (natación); cambios en la dieta
Expresión de sentimientos	Expresar la ira hacia el atacante (y los hombres en general) y el temor por otro ataque Controlar la ansiedad	Análisis de sentimientos con el terapeuta; técnica de la "silla vacía" de la Gestalt Fantasías de apaciguamiento para reemplazar los recuerdos aterrizantes
Dominio cognoscitivo	Entender el ataque y su significado para Susana en términos de autoimagen, la separación de su esposo, y el manejo de la vida como madre soltera Asumir conceptos positivos, más equilibrados acerca de la capacidad de Susana para salir adelante a partir de ahora	Polémica guiada acerca del ataque y los pensamientos de Susana acerca del mismo; trabajo de sueño de la Gestalt Discusión del habla irracional hacia sí misma; polémica acerca de las fortalezas, lo mismo que de las debilidades
Adaptaciones conductuales/interpersonales	Hacer sola recorridos hacia y desde el departamento Trabajar con la policía en la identificación de la fotografía del atacante Pedir ayuda a los amigos Iniciar comportamientos de quien es madre soltera: por ejemplo, obtener la licencia de manejo por medio de una prueba, para reducir la dependencia de otros; iniciar contactos sociales; discutir las visitas al hijo con su esposo	Desensibilización sistemática <i>in vivo</i> Ensayos de comportamiento Terapia racional emotiva con respecto a manejar todo ella sola Ensayo de comportamiento, entre otros: aserción, lecturas e intervenciones, remisión al grupo de <i>Parells Without Partners</i>

asimismo se abordaron. Susana hizo la conexión por sí misma, en aseveraciones como la siguiente:

"Nada de esto hubiera pasado si yo no estuviera viviendo sola". Aseveraciones como ésta condujeron a una exploración de la crisis en curso, el entorno en que ésta ocurrió y otros asuntos importantes acerca de la separación: sentimientos hacia el esposo de Susana, pensamientos acerca de si ella podría "hacerla" como una persona soltera, y qué significaba para ella ser una persona soltera (¿y ya "perdedora una vez"?) y otros semejantes.

Las estrategias de tratamiento empleadas se pueden sintetizar según las cuatro tareas para la resolución de la crisis: mantener el bienestar físico, la expresión de sentimientos, el logro del dominio

	cognoscitivo y Ja gestión de adaptaciones conductuales/interpersonales (cuatro 9-2).
Supervivencia física	La principal dificultad que Susana experimentó en lo físico, más allá de los dolores de cabeza, fue la tensión y la incapacidad para dormir. Se le prescribió un tranquilizante suave para que lo utilizara como lo necesitara, y se le instruyó en la relajación muscular profunda (Jacobson, 1974), para que la usara en especial la noche, antes de irse a dormir. Se alentó a Susana a comenzar una dieta mejor equilibrada, para mantener energía y comenzar un regular (aunque moderado) ejercicio físico (nadar en la <i>Young Men Christian Association</i> -YMCA-, con su vecina amiga). El terapeuta remarca la importancia de mejores hábitos de alimentación para que ella mantuviera su fortaleza física en las secuelas de la crisis. El ejercicio físico lo mismo ayudaría a incrementar el sentido de Susana de salir adelante con Ja situación y la pondría lo suficientemente cansada como para dormir la noche.
Expresión de sentimientos	Se alentó a Susana para que hablara acerca de sus sentimientos en lo concerniente al ataque. Ella habló en detalle acerca de los temores que sentía en el momento en que caminaba por la calle, al continuar a través del ataque, y en los días inmediatos siguientes. En un determinado momento, se le alentó para que utilizara la técnica <i>Gestalt</i> de la "silla vacía", para confrontar al atacante. Fue sorprendente cómo el diálogo al utilizar sillas vacías desplazó de Ja confrontación del atacante a la confrontación de todos los hombres y, entonces, con su marido. Ésta fue una de las primeras indicaciones de cómo Ja situación marital fue un importante trasfondo para el impacto psicológico del ataque físico.
Dominio cognoscitivo	También se alentó a Susana a que hablara de sus sueños diurnos y nocturnos (sus imaginaciones) acerca del ataque, las reflexiones sobre cuán mala era su vida, cómo fue el ataque "el golpe final", y acerca de que las cosas se abajan a partir de aquí. Después de hablar acerca del acontecimiento y de que Susana interpretara sus varios significados (por ejemplo, como un signo de su incompetencia), el terapeuta le ayudó a debatir estas perspectivas y a reemplazarlas, en cambio, con un lenguaje más equilibrado, que ponía énfasis en las fortalezas de Susana, tanto como en las debilidades, en las secuelas del ataque. Las fantasías calmantes se introdujeron como un reemplazo de los recuerdos aterrizantes que continuaban acechándola. Un componente esencial del dominio cognoscitivo de Ja experiencia de crisis para Susana fue entenderla en el entorno de la experiencia de vida más amplia, en particular la separación de su esposo. Los conflictos salieron a Ja superficie cuando Susana abordó su resistencia a practicar la relajación muscular profunda y a utilizar la medicación disponible para ella. Susana sugirió que, aunque pensaba que ambas podrían ayudarlo, ella quería que su marido supiera cuán malo era aquello. La polemización sobre este conflicto abrió aún más la conexión (en la mente de Susana) entre esta crisis particular y Ja relación con su esposo. El conflicto se volvió uno en cuanto a si existían novías con las que ella pudiera confrontar y manejar su ira hacia su esposo,

distintas de aquellas en las que se destruía a sí misma, con la esperanza de que éste se sintiera culpable al atestiguar la miseria de ella.

Su *insight*, como resultado de estas controversias, fue que ella todavía no estaba lista para salir de la confusión de la separación hacia una más tranquila, más manejable y más razonable vida por sí misma, como madre soltera. Ella había estado resistiéndose a la idea de vivir por sí misma. Una parte de ella quería que su marido supiera cuán mal la había tratado. Susana llegó a creer que, en un sentido, mucho del sufrimiento de ella había sido, por tanto, inducido por ella misma. Aunque a la larga ella no quería apenas ir pasando, a la corta, existía cierta ventaja en cuanto a que su esposo supiera que Susana sufría. Aunque la culpa no podría traerlo de regreso, ¿podría al menos mantenerlo despierto por las noches también!

Si se considera el ataque como algo que "ella pidió" o "quería", Susana reconoció las vías en las que trataba de utilizar el ataque como un arma en su batalla contra su marido, y como evidencia por su incapacidad de "hacerla" por sí misma.

A lo largo de estas polémicas entre Susana y su terapeuta, se puso énfasis en el hecho de que el tremendo estrés que conllevan las circunstancias de la vida (en este caso, el mudarse a una ciudad extraña, el nacimiento de un hijo, la separación y el ataque físico), podrían provocar pensamientos "locos" en apariencia, lo mismo que comportamientos en el mismo tenor. El terapeuta incitó a Susana a hablar acerca de esto en el entorno del enfrentamiento y la supervivencia, como opuestos a Ja "enfermedad". El comportamiento "loco" de Susana sirvió a un propósito, y le dio señales para realizar cambios. La terapia en este momento fue una oportunidad para reorganizar su vida. El ataque contra ella desencadenó un período de reflexión seria, el cual la motivó a efectuar cambios que serían necesarios, el fin de que viviera una vida plena en los años por venir.

Por último, el terapeuta remitió a Susana a lecturas acerca del divorcio (Weiss, 1975), para ayudarla a entender los conflictos de las personas que recién se han separado y darse cuenta de que no estaba sola en las batallas que encaraba.

Adaptaciones conductuales e Interpersonales

El primer conjunto de adaptaciones conductuales e interpersonales consideradas como parte de la terapia para crisis implicaban el que Susana fuera capaz de salir de casa, ir a trabajar y, de modo básico, funcionar fuera de su departamento. Después de una extensa discusión acerca de las precauciones razonables que cualquiera necesitaría realizar al aventurarse a salir de casa solo por la noche, se hicieron planes para listar la cooperación de la vecina amiga de Susana para ciertas diligencias, y para tomar pasos para "desensibilizarla" para estar fuera de casa, primero con alguna amiga, luego sola. La desensibilización sistemática *in vivo* se utilizó para ayudar a Susana a caminar en la zona cercana a su departamento durante las horas del día.

Otro paso conductual tuvo que ver con la visita de Susana a Ja jefatura de policía para observar fotografías que ayudaran a identificar a su atacante. Después de la identificación, a cargo de ella, de aquel

hombre, a partir de una hilera de personas proporcionada por la policía. A medida que se desenvolvía, Susana tenía ambivalencia acerca de quedar implicada en el proceso. Ella, finalmente, escogió dar este paso, al extraer alguna fortaleza para tratar de manera asertiva con su atacante, aun cuando ella no tenía que confrontarlo cara a cara.

Aunque la gran ganancia de Susana llegó en una serie de cambios conductuales/interpersonales con respecto a su separación. Susana había estado planeando tiempo atrás efectuar la prueba para obtener una licencia de manejo, pero lo había postergado. Sin embargo, ella decidió ahora que estaba lista para terminar la situación de dependencia que había puesto en su interior, y realizar un desplazamiento hacia la mayor libertad que la capacidad de manejar un automóvil le daría. También dio pasos para ponerse en mayor contacto con otros que pasaban por el proceso de separación/divorcio, al unirse a un grupo de adaptación al divorcio, otorgado por una clínica de orientación familiar, en su comunidad. Susana también planeó unirse a *Parents without Partners* (el grupo Padres sin Pareja), en un intento por establecer contacto con otros que se enfrentaban con las dificultades de criar solos a sus hijos. Además, el terapeuta trabajó con Susana para que se volviera más asertiva al lidiar con su esposo, en especial con respecto al dinero y a las visitas al hijo de ambos. Siempre, desde la separación original, Susana había estado insatisfecha con los arreglos correspondientes. Había estado renuente a discutir los arreglos de manera abierta, por temor a que esto se interpretara como que ella aceptaba la separación y el eventual divorcio. Al dar la bienvenida a cualquier oportunidad para que su esposo viera que ella era desdichada, había estado conforme con sólo "salir del paso". Al decidir terminar con este papel, Susana y su terapeuta polemizaron sobre las maneras en las que podría expresar con claridad de modo asertivo lo que ella quería y necesitaba de su esposo, con respecto al apoyo financiero para ella y su hijo, así como en cuanto a las visitas entre el marido y el niño. Ella había estado preocupada en particular en relación con que su esposo hubiera abandonado al niño. Susana decidió hacer las peticiones de un modo más claro: por el bien de su hijo, ella quería que las visitas tuvieran lugar de manera regular, y tenía la voluntad de ayudar para que esto fuese posible. Al anticipar que la pareja pudiera tener dificultades al negociar aspectos del convenio de divorcio, el terapeuta sugirió a Susana considerara la mediación en el divorcio por medio de la corte familiar, como un vehículo para trabajar en pro de un acuerdo aceptable para ambas partes.

Evaluación del seguimiento

Al final de las ocho semanas de terapia, Susana refirió que tenía mucha menos ansiedad y mor acerca del ataque físico. Ella informó que sus patrones de alimentación, capacidad para dormir y libertad para salir de casa, habían mejorado. Todavía tenía "punzadas" de temor acerca del ataque, aunque no las halló debilitantes en modo alguno. Ella estaba más fuerte a salir de casa sola, aunque lo hacía así cuando era necesario, y cuando podía tener un cuidado razonable.

En el seguimiento, nueve meses más tarde, el ataque y sus secuelas habían retrocedido todavía más en el trasfondo de la vida de Susana. Ella informó que tenía una pequeña dificultad al salir sola del departamento, y que disfrutaba el incremento de su movilidad, ahora que tenía una licencia de manejo. Aunque todavía estaba dolida por el divorcio, Susana lo había aceptado y estaba viviendo demodo efectivo la vida de madre soltera (tenía citas, manejaba los asuntos en casa con su hijo). Ella también hacía uso apropiado de los apoyos sociales, por ejemplo, el grupo de solteros en su iglesia, y *Parents without Partners*. La polemización sobre los conflictos de ser ex cónyuge, en el grupo de adaptación al divorcio al que ella acudió algunos meses antes, le reforzaron el entrenamiento de aserción que ella había recibido como parte de la terapia para crisis. En retrospectiva, el ataque pareció un incidente que proveyó la ocasión para que Susana efectuara cambios significativos en cómo manejar el proceso de separación, para moverse hacia la gestión de la adaptación necesaria para la vida como madre soltera.

La crisis de Susana ilustra cómo un incidente externo, en este caso, el ataque físico, puede interactuar, o desencadenar, otros conflictos personales/sociales. El significado específico que se da a un incidente precipitante es por completo importante en la comprensión de la unicidad de la crisis de la persona. Susana había estado bajo una gran carga de tensión por muchos meses: el mudarse a otra ciudad, la separación de su marido, las dificultades financieras y el comienzo de un nuevo trabajo. Aunque ella había estado "pasándola" en tanto estuvo separada de su esposo, no se adaptaba bien a la separación, y había jugado juegos manipuladores para hacer que su marido se sintiera culpable por la separación. Lo mismo si él "debería" o no haberse sentido culpable, los juegos no ayudaron a Susana. Aun en lo subsiguiente al ataque, ella sentía por momentos que el asunto más importante era transmitir su desgracia a su esposo, en lugar de hacer algo para mitigarla.

El ataque físico tuvo el efecto, en este caso, de revelar de manera dramática las destructivas respuestas de enfrentamiento de Susana. Cuando las cosas alcanzaron un punto límite, ya no fue posible más ocultar la congoja de ella, y se necesitaron nuevos medios para el enfrentamiento. En el análisis final, esta crisis, que comenzó con un desagradable ataque físico, condujo a Susana al crecimiento. Ella desistió de sus patrones disfuncionales de comportamiento, y adoptó conductas más útiles y gratificantes, adecuadas para la vida como persona soltera.

LIDIAR CON LA CRISIS DE MITAD DE LA VIDA DE PAPÁ

En muchas crisis para el desarrollo, lo mismo sucede con la de un adolescente que lucha por establecer una identidad separada de la de sus padres, que si es la de un ejecutivo de 65 años que se preocupa por encarar la jubilación, la desorientación de la persona tiene un efecto profundo en los miembros de su familia. El

caso que se presenta a continuación ofrece un análisis multimodal de la crisis de óntad de la vida de un hombre, y su resolución, en lo que pone especial atención al impacto de la crisis de aquél sobre el resto de la familia.

Presentación del problema e Incidente precipitante Luis acudió a un psicólogo clínico por sugerencia de su médico familiar. Su preocupación irunediala fue un "estallido" en el trabajo, dos días antes. Luis, quien mantenía un puesto como supervisor en la división de seguridad de una planta de energía nuclear, había huido de una junta rutinaria del personal, para correr fuera de la planta. Él infonnó que había prounpido en un sudorfi:ío justo antes que él y uno de sus subordinados fueran a discutir una prueba rutinaria de seguridad del sistema de urgencia de la planta, que se había llevado a la práctica el día anterior. Aunque el simulacro había sido exitoso, Luis había llegado a creer que la práctica y la junta a modo de interrogatorio habían sido elaboradas por un par de personas de su personal, para mostrar la incompetencia de él

Después de correr fuera de la planta, Luis llamó a su esposa desde una caseta telefónica cercana, y le pidió que lo recogiera para llevarlo a casa. Durante los dos días siguientes él estuvo en casa (con su esposa, quien "pedía consulta para él" cada día), cavilaba y hablaba de cómo algunos de sus colaboradores no gustaban de él. F.n tanto las cosas empeoraban de modo progresivo, Luis finalmente estuvo de acuerdo con la sugerencia de que llamaran a su médico familiar, quien entonces remitió a ambos a un psicólogo clínico en un centro de salud mental de la localidad. F.n el momento de la visita inicial, Luis presentó menor preocupación acerca de la conspiración, y mayor preocupación acerca del hecho de que él podría estar de alguna manera "enloqueciendo" bajo la presión del trabajo. EJ preguntaba por q1, l é le había pasado todo aquello a él. ¿Cómo podría explicarlo a sus colaboradores? ¿A su familia?

Entorno y funcionamiento previo a la crisis Luis tenía 42 años, había estado casado por 17 años y era padre de dos hijos, una chica de 15 años y un muchacho de 12. Capacitado como ingeniero químico, él había trabajado siete años en la producción en una planta pequeña, a lo que siguieron 10 años de servicio en una compañía grande, cuyo producto principal era el combustible para reactores de energía nuclear. Durante los cinco años anteriores, Luis había sido el supervisor del ramo de seguridad de la planta, un puesto que requería al mismo tiempo conocimiento de ingeniería y destreza como supervisor. La vida de Luis había seguido su curso en mucho con fonna loplaneado: el matrimonio, los hijos, el éxito en su carrera. En muchos sentidos, él ya había logrado la: metas que se había planteado a sí mismo de manera original como joven. Hallaba poco desafío en su actual puesto, y por momentos veía lejanos los días cuando él desempeñaba un trabajo de ingeniería química, en lugar de "manejar gente", una tarea que le provocaba ansiedad considerable. Como un individuo relativamente poco asertivo, Luis se sentía muy fuera de contacto con sus subordinados. Había delegado una responsabilidad considerable a tres de sus empleados, y se sintió apartado de modo creciente respecto de lo que ellos hacían, y, en consecuencia,

ignorante acerca de las operaciones en su propio taller. Él estaba reacio a preguntar por el trabajo de ellos, por temor a que sus preguntas revelarían su propia ignorancia, y a que sus subordinados tomaran a ofensa que él los "verificara".

En Jo subsecuente al accidente nuclear de *Three Mile Island*, en Pennsylvania (1978), se había puesto considerable atención a la compañía de Luis (y a otras en el sudeste) de parte de organizaciones antinucleares, y de parte de políticos y reporteros que antes eran "neutrales". Luis se habla vuelto, por tanto, todavía más preocupado acerca de las operaciones de la compañía enu.ra. en especial con respecto a su departamento eracapaz de inspeccionar la seguridad de la planta como debería.

Con excepción de su esposa, muy pocos tenían alguna idea de que Luis estaba alterado. Él era un solitario en el trabajo. Como una cuestión de hecho, se sentía incómodo en la mayoría de las reuniones interpersonales osociales. Aunque quería ser "uno de los muchachos", se sentía lejos de serlo y envidiaba a orros que podían contar historias, divertirse y cuestiones semejantes. Luis también estaba nuate a discutir sus preocupaciones con su esposa, Elena. Su acutud era de "¿qué beneficio traería eso, decualquier manera? Con sólo perturbarla nos preocuparíamos ambos".

Luis había sido un buen proveedor para su familia y tenía una historia laboral de excelencia (él podía contar con una mano los días que se había ausentado por fennedad). un contribuyen!; tif "caballo de carga" para distintos grupos cívicos, Y decía que sí a quehaceres que otros no querían. Su apencia ísica era ulcra, Y su vida en el trabajo y el hogar estaba bien orgaruzada. Aplicaba su capacitación analítica a la mayoría de las dificultades que se le atravesaban.

La esposa de Luis, Elena, era una mujer brillante, vivaz, talentosa, quehacfamuchohabía escogido la carrera de ama de casa y madre. EJ ia eraladirectora completa en casa, al hacer cosas que debería realizarse,

Cuadro 9-3. Perfil multimodal para la crisis: Luis

Modalidad	Estado de cdsis
Conductual	Incapacidad para regJ:eSIII' al trabajo; ociosidad (sentado en dlintas partes alrededor de la casa); incapacidad para dormir; ingestión de demasrado alcohol
Afectiva	Depresión; temores acerca del futuro; ansiedad acerca de regresar a trabajar
Somática	Tensión corporal; dolores de cabeza
Interpersonal	Aislamiento con respecto a sus compañeros de trabajo; discusiones con su esposa; distanciamiento interpersonal entre él mismo y sus hijos
Cognoscitiva	Hablarse a sí mismo negativamente ("soy un fracasado, vago, malo, etcétera"); catastrofización; sobregeneralización; autoimagen negativa (por ejemplo, de incompetencia de cara a la urgencia en la planta)

Cuadro 9-4. Perfil multimodal de las reacciones familiares a la crisis de Luis

Modalidad	Estado de crisis
Conductual	Elena: Incremento en la actividad del trabajo doméstico Eric: Mayor aislamiento; mayor tiempo frente a la televisión; más tiempo solo en su cuarto Cheryl: Tanto tiempo fuera de casa como sea posible
Afectiva	Elena: Agitación, temor, ira Eric: Preocupación, tristeza Cheryl: Preocupación
Somática	Elena: Reactivación de la úlcera Eric: Retortijones en el estómago Cheryl: Ligeramente afectada de nerviosismo estomacal
Interpersonal	Todos: silencio, o conversaciones en murmullo (detrás de puertas cerradas) acerca "del problema"
Cognoscitiva	Elena: Culpa hacia sí misma: "Es mi culpa. Debí haber ayudado más" Todos: Catastrofización: "Esto empeorará mucho" Los niños: Búsqueda de una explicación: "Él está enfermo de la mente; quizás yo también lo estaré"

manejar la mayoría de ellas por sí misma y delegar algunas responsabilidades a Luis y los dos niños. Ella era muy activa en numerosos grupos cívicos y voluntarios, y trabajaba muy duro en cada uno de estos empeños. Todo parecía estar muy bien en la vida de Elena, aunque el año pasado ella había llegado a darse cuenta que sus hijos requerían menos de su tiempo, y había hablado de la posibilidad de tomar un trabajo de medio tiempo. Su hijo de 15 años, Cheryl, era independiente, tenía buenas calificaciones en la escuela y tenía muchos amigos. El niño de 12 años Eric, sin embargo, no había vivido a la altura de las expectativas de sus padres, en lo que se refería a las calificaciones, a que parecía tranquilo como su padre y se guardaba muchas cosas para sí. Luis había estado preocupado por el hecho de que su hijo parecía no tener muchos amigos y porque éste podría "alejarse como yo".

Después de todo, la familia de Luis podría tildarse de la típica estadounidense de clase media: ingresos holgados, un hogar suburbano, escuelas públicas, una madre "tiempo completo" y un padre con un "buen empleo". Si había problemas o preocupaciones dentro de la familia, no eran aparentes para sus vecinos y amigos.

Perfil multimodal de la crisis Luis informó de lo que él llamó el "ataque de ansiedad" en el trabajo, que incluyó los siguientes: sudor frío, tensión en su estómago, imágenes terribles de que en la junta se le harían preguntas que no podría contestar, y de que su ignorancia se exponería para que todos la vieran. Él informó que sentía que simplemente "no podría soportarlo más", y por eso, literalmente, huyó. Él sólo tenía que salir de allí. Cuando por

último se fue a casa esa tarde, sentía algún alivio de estar lejos de la oficina, aunque ahora tenía nuevos terrores que lo acosaban: ¿Qué pensarán de él en el trabajo? ¿Qué harían en cuanto a él? ¿Qué les diría ahora? ¿Cuál sería su futuro en la compañía? ¿Quién mantendría a la familia?

Éstas y otras reflexiones casi lo dejaron inmóvil. Él no podía dormir y sentía que no tenía ganas de comer. Trató de distraerse a sí mismo en su primer día en casa, al ocuparse desinteresadamente en su taller de lasregalos de Navidad que construyó para sus hijos, aunque en vano.

El cuadro 9-3 sintetiza el estado de la crisis de Luis dos días después de la escena en la oficina. Las características más relevantes fueron: incapacidad para regresar al trabajo, desgano, depresión y temor acerca del futuro, tensión corporal y dolores de cabeza, aislamiento interpersonal y una serie de imágenes aterradoras y patrones negativos para hablarse así mismo.

La crisis de Luis tuvo efectos claros sobre los otros miembros de la familia. Un análisis multimodal de las varias dificultades de la familia asociadas con la crisis de Luis, aparece en el cuadro 9-4. Los niños y Elena estaban nerviosos y perturbados en lo emocional por el comportamiento agitado de Luis. Males somáticos, algunos de los cuales habían estado latentes, reaparecieron; por ejemplo, la úlcera de Elena y los dolores estomacales de Eric. La reacción de la familia fue que cada persona se ocupara por sí misma de modo más profundo en cualesquiera actividades que hubieran tomado lugar antes de la crisis. Elena trabajó duro para llevar la casa tan bien como pudo, con la esperanza de que una atmósfera de hogar feliz ayudaría de algún modo con la ansiedad de Luis. Eric se volvió aún más aislado, y miraba televisión o permanecía en su habitación. Cheryl permanecía lejos de casa lo más posible. Nadie en la casa hablaba de modo directo acerca del episodio de Luis en el trabajo; todos parecían manejarse unos a otros con mucho cuidado, como si el hablar de manera abierta acerca de la situación lo empeorara. En el ámbito cognoscitivo, nadie pudo obtener una "coartada" para lo que sucedía. Aunque ellos no lo admitían ante los demás, su temor era que el padre estaba "enfermo", y que las cosas podrían empeorar mucho más. Elena, en lo particular, albergaba pensamientos acerca de que ella había fracasado de algún modo como esposa, porque no había podido ser una buena asistente y ayudar a Luis a lidiar con las dificultades del trabajo.

Tratamiento

El primer problema que se encaró en la sesión de terapia fue la preocupación de Luis acerca del regreso al trabajo. Aquí se siguieron los principios de los primeros auxilios psicológicos, a saber, la decisión de cuáles conflictos necesitaban atención primero, y cuáles podían posponerse para después. La preocupación inmediata de Luis fue con respecto a qué le diría a sus superiores, compañeros de trabajo y subordinados, el primer día de su regreso al trabajo. Después de debatir con el terapeuta, Luis decidió que no tenía que explicar todo; de hecho, no podía. Por el momento, para aquellos que necesitaran saberlo, bastaría una aseveración en cuanto a que Luis había estado

Cuadro 9-S. Tareas para la resolución de la crisis! Luis y su familia

Tareas	Objetivos para la familia	Estrategias terapéuticas
Supervivencia física	Control de los dolores de cabeza (en el caso de Luis), los dolores estomacales (en Eric y Cheryl) y la úlcera (Elena)	Discutir acerca de las reacciones de tensión en la familia; instruir acerca de técnicas de relajación
	Reducir la tensión física (para Luis)	Estimular el ejercicio físico
Expresión de sentimientos	Identificar y expresar las preocupaciones de temor acerca de la condición de Luis (en Elena, Eric y Cheryl), la ansiedad acerca del trabajo y el futuro (Luis), enojos por la vida doméstica (en Luis)	Escuchar de manera activa durante las discusiones familiares acerca de los acontecimientos y sentimientos; recurrir a la "silla wucú" de la Gestalt (para Luis); identificar las conexiones entre pensamientos y sentimientos; introducir el entrenamiento en manejo de la ansiedad
Dominio cognoscitivo	Desarrollar una comprensión precisa acerca de los acontecimientos recientes (los conflictos de Luis en el trabajo) y las reacciones de la familia (en todos)	Llevar un repaso basado en la realidad acerca de los acontecimientos recientes a la luz de los logros pasados de Luis, lo mismo que lo que antes fueron sus fortalezas y debilidades, y sus actuales planes para el futuro
	Controlar la catastrofización (en todos), la sobregeneralización (en Luis) y hablarse a sí mismo de manera negativa (en Luis)	Ejecutar la modificación cognoscitiva
	Descubrir el lenguaje preciso, lo mismo que los conceptos exactos para explicar los acontecimientos y abrir la puerta para futuro cambio y crecimiento (en todos)	Suministrar nuevas clasificaciones para los comportamientos perturbadores; analizar la perspectiva de desarrollo en la crisis
	Detener el culparse a sí misma (en Elena)	Modificar el habla! le a sí mismo
Adaptaciones conductuales/interpersonales	Regresar al trabajo, detener la dependencia del alcohol y dormir mejor por la noche (en Luis)	Guiar ensayos conductuales en cuestiones como: el primer día de regreso al trabajo; reinstalarse en el ejercicio diario; instruir en la relajación muscular profunda
	Volverse más asertivo en la casa y el trabajo (en Luis)	Instruir en habilidades de asertividad
	Aprender habilidades de dirección (en Luis)	Canalizar a un seminario de entrenamiento de control
	Discutir la colocación en el trabajo con el jefe (en Luis)	Animarse a hablar con el jefe acerca de la carrera
	Emplear más tiempo con los niños (Luis)	Entrenar a Luis en habilidades paternas
	Hablar con los demás acerca de sus miedos, en lugar de retraerse los unos de los otros	Comprometerse en la orientación familiar con respecto a: habilidades de comunicación
	Comprometerse con el ejercicio físico! Oír una ayuda clara el control de la tensión (en todos)	Proporcionar orientación acerca de programas de ejercicio

bajo una gran carga de tensión y por ahora recibía asistencia médica. El terapeuta también ayudó a Luis a analizar sus fantasías acerca de las cosas terribles que podrían venir a su encuentro por "haberlo perdido". Uegó a ver que sería capaz de sobrevivir a lo que sentía que se enfrentaría eventualmente, a saber, que lo despidieran, y que su principal preocupación ahora debería ser la comprensión de lo que le pasó, qué significaba y qué debería él hacer al respecto. Por el momento, Luis: a) informaría a su jefe que ya estaba haciendo algo para ayudar a mitigar sus ansiedades/preocupaciones acerca del trabajo, b) mantendría informado a su jefe acerca de su progreso y c) solicitaría una junta con su jefe dentro de dos semanas para tratar la situación en el trabajo.

El terapeuta cuestionó a Luis acerca de su pensamiento con respecto a que los otros empleados habían "fraguado" el simulacro y concluyó que el propio Luis veía esto como falso, y no se hizo presente otra evidencia de desorden en los pensamientos de Luis. El terapeuta concluyó que éste experimentaba una severa reacción de tensión, no un episodio psicótico.

Al haber "ganado" un tiempo de dos semanas, Luis y el terapeuta comenzaron a analizar la crisis, sus significados y las implicaciones para el futuro. El terapeuta se reunía con Luis individualmente y, por algunas sesiones, con toda la familia. Las principales estrategias de tratamiento que se utilizaron para asistir a Luis y al resto de la familia en la translaboración de la crisis, se listan en el cuadro 9-5. El trabajo esencial en la crisis de Luis se puede resumir de acuerdo con las cuatro tareas para la resolución de la crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales.

Supervivencia física Cada uno de los miembros de la familia tuvo su parte de dificultades físicas durante el tiempo de la crisis. Aunque la violencia física (por los suicidios/homicidio) no era un problema para esta familia, sí lo era la conservación de la salud física. A los miembros de la familia se les dijo que esperaran que, durante la crisis, ciertos problemas físicos podrían exacerbarse (como la reactivación de la úlcera de Elena y de los dolores estomacales de Eric). Entanto un poco ayudaba el simplemente discutir los problemas familiares, también se introdujeron otras medidas. Se animó a Luis a que comenzara de nuevo su rutina de trote. Entanto que, algunos días antes, él había tratado con regularidad y había informado que se sentía "grandioso" físicamente, lo había abandonado al día y medio antes. La familia fue incitada a aceptar la exacerbación de las dificultades físicas como un acompañante natural para esta crisis, y a considerar el ejercicio físico, los cambios en la dieta y la profunda relajación muscular (con unas cintas magnetofónicas que le prestó el terapeuta) para ayudar a sobrellevar físicamente estos difíciles días y semanas.

Expresión de sentimientos Luis estaba tan inquieto cuando fue a ver al terapeuta que tuvo muy poca dificultad para hablar acerca de los acontecimientos recientes. En tanto lo hacía, el terapeuta lo ayudó a expresar tanto los sentimientos inmediatos de ansiedad y tensión, como numerosos temores. preocupa-

ciones y enojos que se habían mantenido ocultos antes del incidente de crisis. Como alguien que no era asertivo en lo interpersonal, alguien que se guardaba las cosas la mayor parte del tiempo, Luis había acumulado una serie de preocupaciones que habían crecido hasta un punto límite. Abordó los sentimientos de soledad, aparejados de la ira y la fatiga de comprensión que él sentía hacia sus compañeros de trabajo. También habló acerca de sentirse agraviado por sus superiores por ponerlo en un puesto en el que él podría ser el "pagano" si un accidente ocurría en la planta.

En las sesiones familiares, Elena, Eric y Cheryl recibieron ánimo para expresar sus preocupaciones acerca de lo que Luis estaba haciendo, y lo que ello podría significar para cada uno de ellos. Esto condujo a discusiones sobre cómo la familia había lidiado de manera típica con la ira, el dolor y otras emociones desagradables en el pasado. Cada uno tenía su propia manera de enfrentamiento (como retraerse en la habitación, o salir de casa o sumergirse en el trabajo), sin ninguna de las estrategias que incluyeran la confrontación directa y la discusión de sentimientos. El terapeuta fue capaz de ayudar a los miembros de la familia a confrontarse unos con otros de manera directa con sus roles durante el tiempo de la crisis, para más tarde apuntar la diferencia entre esta estrategia y la que ellos habían utilizado antes. Los sentimientos iniciales de Elena de preocupación e inquietud por Luis se tomaron más tarde en ira porque él le había ocultado sus preocupaciones a ella. Los intercambios entre Luis y Elena en las sesiones familiares también condujeron a la discusión de otros conflictos que en lo esencial habían sido enterrados por algún tiempo. & incluían la amargura de Luis porque Elena manejara las finanzas familiares, lo que lo hacía sentirse innecesario; y también el resentimiento de Elena porque él nunca le hubiera dicho esto, por lo cual le negaba a ella la oportunidad de descargarse al godela presión del hogar, o al menos repartirla.

Dominio
COQDOSClivo

Todos en la familia necesitaban asistencia en la comprensión de lo que había pasado y el rol particular que Luis experimentó en el trabajo. En sesiones individuales, el terapeuta y Luis analizaron de cerca el incidente que precipitó la crisis -una junta en la que Luis y un subordinado iban a informar a sus superiores acerca de la reciente prueba de uno de los sistemas de seguridad de la planta. La fatiga del terapeuta fue pedirle a Luis que describiera en detalle sus reacciones en la junta. La discusión sobre los sentimientos (la ansiedad) y los sentimientos ("estoy impreparado, soy incompetente, etcétera") condujo a una exploración de las variables de trasfondo/contextuales tales como la capacitación, las destrezas y el enfoque de Luis en el trabajo. Se volvió claro que Luis se había puesto de modo efectivo fuera de contacto con sus subordinados en su propio estilo inasertivo, y su temor de parecerse a ellos ignorante ante ellos. Al revisar los acontecimientos anteriores a la crisis, Luis también habló de haber leído un artículo periodístico esa mañana acerca de "el futuro de la energía nuclear", lo que se agregó a las presiones que él experimentó aquel día. Él se puso más y más

oprimido, tanto avanzaba el día y no tenía válvula de escape para esta tensión.

Luis llegó a entender la interacción entre estos medios previos de enfrentamiento con la tensión y la crisis en curso. Sus propias palabras fueron, "algo tenía que dar de sí". La combinación de factores incluía a) un estilo personal no asertivo (guardar para sí sus sentimientos, el temor de confrontarse con otros), b) la creencia de que ser asertivo por sí mismo podría conducir a la ira y el rechazo y c) el temor a este rechazo, puesto que encajaba con su ya pobre autoimagen, como la de alguien que era indolente, un fracaso y un incompetente. Todos estos conflictos fueron "fonados" por el estatus de ejecutivo de Luis. En un sentido, él había caído víctima del Principio de Perer, al elevarse a su propio nivel de incompetencia. Como un avezado ingeniero químico, él no satisfacía la circunstancia del manejo de personal. Él todavía no podía lidiar bien con el rechazo, el cual debe encarar cada jefe en un momento u otro con sus subordinados, y todavía estaba aprendiendo a tratar de modo asertivo con la gente -en particular en tomo de las evaluaciones personales.

Más allá de estas consideraciones específicas acerca de la personalidad de Luis y de las interacciones con su situación laboral, el terapeuta incitó a mirar esta crisis como una experiencia en el entorno de una transición para el desarrollo en la mitad de la vida. A Luis se le presentó la idea (cognición) de que la mayoría de la gente "de modo natural" reevalúa su vida a la mitad de la misma, particularmente en lo concerniente a su carrera, pero también en cuanto a las relaciones con sus cónyuges, familia y amigos. En el caso de Luis, había controversia sobre el hecho de que él había logrado en gran medida las metas planteadas al inicio de su vida, y de que su insatisfacción a esas alturas ciertamente no era total. Él se sentía fuera de lugar en su situación laboral, aunque se había elevado a una posición respetada y hacía buen dinero. De modo similar, en su vida de bogar, él y Elena habían consagrado sus energías principales hacia la creación de una situación doméstica dentro de la cual criara sus hijos, y desatendieron la relación de uno con otro. Luis habló de estar insatisfecho con estos patrones de vida. Antes de la crisis él estaba en realidad aburrido con mucho de su vida. La idea de que la crisis podría transformarse en una oportunidad para analizar de verdad y cambiar su estructura vital, dio una nueva dirección al proceso de transición, esto es, trajo algún estímulo a lo que había sido hasta entonces una experiencia totalmente confusa, atemorizante y dolorosa.

Aunque la mayor parte de la exploración precedente tuvo lugar en sesiones individuales con Luis, fue importante que las conceptualizaciones sobre el desarrollo se compartieron también en las sesiones familiares, para ayudar a la familia en la obtención del dominio cognoscitivo sobre la crisis. La perspectiva del desarrollo se ofreció como una alternativa viable a la idea de que Luis estaba enfermo o mentalmente indispuesto, o de que él tenía algún mal emocional. La transición de la mitad de la vida se abordó como una de las varias transacciones "por las que todos pasamos", aunque es una que no todos

comprenden bien, y es una que puede "escunirse, como parece haberlo hecho en este punto".

Un aspecto importante del dominio cognoscitivo de Luis sobre la situación fue un cambio en sus patrones para hablarse a sí mismo en las secuelas de la crisis. Se le animó a reemplazar las aseveraciones negativas, sobregeneralizadas y catastrofizantes acerca de sí mismo (como era la de "soy un fracaso, y esto lo comprueba") con aseveraciones más equilibradas (como la de "mi enfoque de andar solo no funcionó bien en un puesto directivo. Debí haber pedido ayuda. Lo haré la próxima vez".) En lugar de pensar en sí mismo como un fracaso, y como perezoso, se le adiestró para pensar en sí mismo como un ser humano con fortalezas y debilidades, que varían según la situación, aunque básicamente pertenecen a una persona que vale la pena. La relación con el terapeuta fue importante con respecto a esto, por cuanto éste fue capaz de afirmar el valor de Luis, en especial significativo en un tiempo en el que Luis se sentía muy devaluado.

Adaptación Conductual/ Interpersonal

Se realizó una serie de adaptaciones tanto de parte de Luis como del resto de los miembros de la familia durante la crisis en sí misma, y en los meses subsiguientes. El cambio más inmediato para Luis fue su disponibilidad para ser transferido de un puesto directivo a uno de producción en la planta. Después de mucho escudriñar en su alma y sus pensamientos (y después de una consulta con el consejero directivo interno), Luis decidió que sería posible para él buscar entrenamiento adicional en dirección y que, no obstante, en realidad no quería hacerlo. Él más bien trabajarla mucho más en un empleo de producción que en uno con un papel de supervisor no técnico. En tanto aún reconocía que necesitarla volverse más asertivo en sus relaciones interpersonales y laborales, sentía que el cambio en el trabajo haría su vida laboral más satisfactoria a la larga.

Como un fruto de las sesiones de terapia para crisis, Luis compró también algunos libros acerca de habilidades asertivas, y se inscribió en un taller de aserción impartido por la universidad. Había llegado a creer que, incluso si no estuviera en un papel directivo, todavía necesitaría aprender a ser más franco con los demás, y guardar para sí menos preocupaciones que como lo había hecho en el pasado. El terapeuta adiestró a Luis para ser más franco con sus compañeros de trabajo (subordinados, sus semejantes en jerarquía y sus superiores). Como un accesorio al entrenamiento en aserción, se empleó un tiempo considerable en el desafío de la terapia a la creencia irracional de Luis en cuanto a que, por ejemplo, el dar retroalimentación negativa a sus subordinados conducida a fricciones interpersonales irremontables.

Al mismo tiempo, la familia habló acerca de cómo ellos podrían lidiar con los conflictos internos a partir de ese momento. Como una ayuda, decidieron realizar cambios tan simples como no mirar la televisión durante la hora familiar de la cena, lo que permitió mayores oportunidades para platicar unos con otros. También planearon "consejos familiares" semanales para discutir problemas, como un complemento a las actividades familiares que se orientaban más hacia Jos

acontecimientos externos (como el cine y los juegos de pelota) y menos hacia el análisis de los asuntos de la familia.

Puesto que el análisis de las interacciones familiares reveló que Luis y Elena no habían tenido vacaciones solos en más años de los que podían recordar, ni siquiera salidas por las tardes para ellos dos, acordaron trabajar para lograr cambios en esta área también. Numerosas ideas distintas se generaron acerca de los cambios en la situación familiar, ideas que habían estado en las mentes de las personas desde antes, y que ahora parecían maduras para que las atendieran, puesto que las cosas se habían "caído a pedazos", por decirlo así. Luis, por ejemplo, había querido por un tiempo hablar con Eric acerca de su preocupación de que éste no tenía amigos, aunque no sabía qué decir al respecto. Los dos hicieron un comienzo de esto en las sesiones familiares, e hicieron un seguimiento con más pláticas en la casa.

Quizá uno de los ajustes familiares más significativos por surgir a partir de la experiencia de crisis de Luis, tuvo que ver con las aspiraciones de Elena en cuanto a su carrera. Cuando la idea de la crisis de Luis se analizó como una transición "para el desarrollo", Elena comenzó a hablar acerca de hacer una estimación de su propio desarrollo. Aunque ella había referido algunos arrepentimientos acerca de su decisión 17 años atrás de consagrar todas sus energías hacia el hogar y la familia, había llegado a percatarse de que ésta ya no necesitaba más su completa atención, y que sus talentos podrían utilizarse bien fuera de casa. Los miembros de la familia hablaron acerca de cómo se afectarían si ella fuera a tomar un trabajo de medio tiempo, o a regresar a la escuela para buscar un título en contabilidad. El terapeuta adiestró a la familia para pensar acerca de las adaptaciones que cada uno tendría que efectuar si Elena decidiera hacer esto. De una manera lo suficientemente interesada, esta posibilidad pesaba demodo directo sobre el cambio en la carrera de Luis, puesto que sus futuros ingresos en puesto de producción no serían tan altos como cuando él había estado en uno de dirección. Aunque no se analizó por completo en el momento de estas sesiones familiares, el terapeuta resaltó el asunto de cómo podría sentirse Luis cuando su esposa trabajara fuera de casa, y desplazarlo del papel de único proveedor a uno de socio en cuanto a traer ingresos de fuera. Luis identificó las ganancias y las pérdidas del cambio: "a él le gusta el ingreso extra, aunque tendría que lidiar con las cogniciones que desarrolló antes en su vida en cuanto a que el hombre debería "traer a casa (todo) el sustento". Al identificar esta temprana "programación" cognoscitiva, sin embargo, Luis fue capaz de abrir el camino a nuevas ideas y posibilidades, que podrían ser ampliamente recompensatorias para él. Aquello podría, por ejemplo, permitirle volverse alguien más implicado en las decisiones del manejo de la casa, mismas que podrían traer un incremento en el contacto con sus hijos, algo que él habla deseado por algún tiempo, aunque no había sido capaz de cambiar. Sin presionar sobre ese punto, el terapeuta sugirió que tan simple aparentemente como el deseo de Elena por tomar un trabajo de medio tiempo fuera de casa, requeriría cambios "cognoscitivos" para todos, incluso para Elena. ¿Estaría ella, por ejemplo,

dispuesta a "dejar ir" algunas de las responsabilidades del hogar y compartirlas con otros en la familia? El terapeuta infirió que, aunque Elena podría querer mucho esto, ella podría también tener dificultad al abandonar el control en esta área, o, al vivir en una "perfección" menor en la apariencia del hogar, que la que ella había ofrecido durante los 17 años anteriores.

Seguimiento y evaluación

Las sesiones individuales y familiares duraron sólo tres meses. En el seguimiento un año más tarde Lois funcionaba bien en su nuevo trabajo de producción, Elena había tomado un trabajo de medio tiempo fuera de casa y se habían consumado algunos de los cambios en la vida de la familia (como el consejo familiar, un empleo de mayor tiempo de Luis para los hijos, etcétera). Para usar el lenguaje del capítulo de la terapia para crisis (capítulo 8), la experiencia de crisis se había integrado a la trama de la vida de Luis, y tanto él como su familia emergieron de aquella con un sentido de apertura, disposición para encarar el futuro. Los principales signos de crecimiento para Luis fueron su inasertividad en el trabajo y en la convivencia con la familia. Luis también informó de un concepto más amplio acerca de un cambio en el trabajo, algo que sería nuevo y le permitiría aún más independencia. Le gustaba la idea de entrar en los negocios por sí mismo (la fotografía, como opción más probable), aunque quería pensar sobre ello un poco más, y también plantear con Elena, en cuanto a su deseo de regresar a la escuela. Aunque todo esto no se había concretado en el seguimiento, estaba claro que los dos pensaban de modo concreto acerca de que los cambios de la vida abarcaban alternativas creativas para sus carreras; ellos identificaron la experiencia de crisis como un momento inicialmente muy fructífero, que redundó en su estimación de algunas nuevas posibilidades.

El caso de la crisis de Luis en la mitad de la vida ilustra numerosas consideraciones teóricas que se mencionaron antes en este libro. La crisis de Luis ilustra cómo un incidente precipitante en apariencia insignificante (algo tensionante relacionado con el trabajo) puede interactuar con un patrón de vida previamente disfuncional (falta de asertividad, estrategias inefectivas de enfrentamiento) para precipitar una crisis. El análisis multimodal resalta la capacidad de penetración de la experiencia de crisis para Luis, y también para otros miembros de la familia. El hecho de que la crisis de Luis tuviera "lugar" en el entorno de la controversia de la comunidad sobre la energía nuclear, y de que se precipitara la promulgación de una junta en el trabajo, ilustra la importancia de las variables contextuales en esta crisis. El tratamiento se enfocó sobre las cuatro tareas para la resolución de la crisis tanto para Luis como para la familia. La atención a lo largo de la terapia estuvo en todos los frentes al mismo tiempo: atención a las necesidades físicas, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales. En este caso particular, el trabajo en el ámbito cognoscitivo fue determinante, por ejemplo, al ofrecer una comprensión en el sentido del desarrollo para los incidentes de crisis y las reacciones individuales para ellos; ello permitió tanto a Luis como a la familia reevaluar los patrones disfuncionales de vida, y volver a desarrollar nuevos y más adecuados planteamientos para el futuro.

ÉXITO Y FRACASO EN LA TERAPIA PARA CRISIS

Los casos que se refieren, ofrecen información ilustrativa acerca de los componentes de la terapia para crisis exitosa. Como todos los clínicos experimentados saben, no todos los casos se resuelven tan bien. La experiencia del autor es que el resultado depende no sólo de la estrategia terapéutica, sino también de una multitud de otras variables, algunas de las cuales están mucho más allá del control del terapeuta. Algunos pacientes no están dispuestos a arriesgarse en nuevas maneras de pensamiento y comportamiento, aun cuando la evidencia de que los medios previos de enfrentamiento ya no funcionan más. La mayoría de los cambios significativos tienen ganancias y pérdidas concretas asociadas con ellos, y con frecuencia los miembros cercanos de la familia se ven afectados del viejo orden al nuevo, lo cual muchas veces conduce a una falta de apoyo, a un absoluto sabotaje de las intenciones del paciente. Es importante, por tanto, que los terapeutas reconozcan los límites de su propio poder para influir a los pacientes en crisis en el camino hacia el crecimiento y lejos de la debilitación. Nuestro impulso en este punto no es suavizar nuestro cometido de orientar el proceso y evaluar el resultado de la terapia para crisis según los criterios perfilados en los capítulos precedentes, sino, antes bien, recordar al lector que, así como nosotros nunca siempre podemos atribuir el crédito por el éxito de un paciente (a la familia, los amigos, otros consejeros, las lecturas y la televisión tienen todos acceso a los pacientes) durante el proceso de reorganización, así, también, no siempre está en nuestro poder el prevenir el fracaso. •

Sistemas de otorgamiento de servicios

Una premisa básica para la teoría de la crisis es que los trabajadores en muchos sistemas comunitarios tienen una influencia poderosa sobre cómo finalmente los individuos y las familias resuelven las crisis. Los abogados, los oficiales de policía, el personal de las salas de urgencia y muchos otros tienen oportunidades para ofrecer los primeros auxilios psicológicos como parte de sus obligaciones regulares, en tanto canalizan los casos de terapia para crisis a otros profesionales de la salud mental. Otros trabajadores de primera línea, tales como los maestros de escuela y los religiosos(as) son miembros de sistemas que pueden seguir la huella del progreso del paciente sobre un periodo de meses, y también movilizar otros recursos del sistema para facilitar el proceso de translaboración.

En la tercera parte de este libro, presentamos la intervención en crisis de parte de algunos de los más importantes de estos trabajadores de primera línea profesionales y no profesionales: religiosos/religiosas (capítulo 10), abogados y asistentes legales (capítulo 11), oficiales de policía (capítulo 12), enfermeras (capítulo 13), trabajadores de salas de urgencia (capítulo 14), consejeros en salud mental (capítulo 15), consejeros telefónicos (capítulo 16), maestros de escuela y

personal de apoyo (capítulo 17) y empleadores/supervisores laborales (capítulo 18). Al escribir este material nos hemos guiado por algunos de los principios del otorgamiento de servicios. Puesto que ellos se aplican a todos los sistemas que se abordan en esta sección, los resumiremos aquí como un trasfondo para problemas específicos de cada ambiente:

1. Antes de añadir la intervención en crisis a la descripción del empleo de uno de los empleados en la organización, es importante comprender las actividades cotidianas del empleado, los objetivos del sistema y la estructura organizacional. La valoración organizacional debería incluir factores que faciliten (por ejemplo, una red apoyadora de supervisión) así como obstaculicen (como la falta de tiempo, la presencia de otras presiones de trabajo) el ofrecimiento de servicios de parte del empleado. A menos que se ponga consideración al entorno dentro del cual se consumen los primeros auxilios psicológicos o la terapia para crisis (los datos específicos de la entrevista legal, o el inventario de un maestro sobre el trabajo en clase, juntas en la facultad y conferencias estudiantiles), y entonces los servicios para crisis corren el riesgo de estar en conflicto con otras labores, y entonces hacerse a un lado, en especial cuando son insuficientes recursos tales como el tiempo y el dinero.

Nuestra experiencia es que debe ponerse atención a los tres principales conjuntos de variables, con el fin de edificar los servicios para crisis dentro del sistema global: la política organizacional (que incluye los tipos de trabajo), recursos materiales (ambiente laboral, contactos telefónicos con otros servicios, la transportación de los pacientes) y personales (tanto la selección de los empleados como su capacitación). Los principios primarios para la planeación y también el criterio principal para la evaluación del programa es con respecto a las políticas, recursos materiales y personal de un sistema están listos para ofrecer a los pacientes los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis.

2. Los nuevos servicios se recibirán mejor si se comprenden los roles para los pacientes en crisis como para el sistema en sí mismo, para cumplir su otra función de mejor modo, o para resolver algún problema que enfrente. Por ejemplo, nuestro análisis de la intervención a cargo de los abogados (capítulo 11) propone la hipótesis de que los primeros auxilios psicológicos pueden ahorrar un tiempo valioso, lo que conduce a decisiones más realistas y acuerdos más duraderos al lidiar con pacientes aturdidos. De

manera similar, la intervención en crisis en ambientes laborales tiene el potencial para reducir el ausentismo, el deficiente desempeño laboral debido a las crisis personales y, en muchos casos, la cesantía prematura de empleados valiosos, y todo ello se refleja en ahorros monetarios para el comercio y la industria.

Con frecuencia la ganancia inmediata para el asistente por el uso de las técnicas de intervención en crisis se manifiesta sin dificultad, por ejemplo, en el entrenamiento para intervención en crisis como medio para reducir el número de víctimas para los oficiales de policía, en los casos de llamadas por conmociones familiares. La planeación de programas firmes se dirige sobre las realidades al trabajar con practicantes en la proyección de servicios. Nuestra premisa es que, en todos los ambientes que se describen en esta sección, el entrenamiento para intervención en crisis puede ayudar a los empleados a desempeñar sus obligaciones usuales de modo más eficiente. En este sentido, el entrenamiento para intervención en crisis no necesita ser una obligación extra, sino más bien un conjunto de habilidades que capacitan a un individuo para manejar mejor las situaciones que encara todos los días.

3. Por último, las oportunidades de supervivencia P3.^a un servicio para crisis se incrementan cuando éste se aúna a algún aspecto ya fortalecido (o en crecimiento) del sistema ya existente. Un elemento de intervención en crisis, por ejemplo, se puede incluir como parte de los cursos de cuidado pastoral en seminarios, o en los cursos de entrevista legal en las escuelas de derecho, y así sucesivamente; Y también pueden ofrecerse como parte de los seminarios de educación continua. De manera similar, en nuestro análisis de las crisis en ambientes laborales sugerimos programas de entrenamiento para hacer enlaces y la consulta al programa de asistencia de la compañía para los empleados, donde exista uno.

Al organizar cada uno de los capítulos, hemos descrito las características generales del sistema. Para entonces repasar la bibliografía relevante sobre intervención en crisis en ese ambiente, para concluir con pautas para la aplicación del modelo de crisis. En muchos capítulos, hemos proporcionado pautas específicas para alistar los principios de los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis, que se abordaron en la segunda parte, en los roles de trabajo de los trabajadores clave en cada ambiente. En todos los capítulos, el objetivo ha sido presentar el material de manera tal que facilite la construcción de servicios para crisis en cada sistema.

Intervención en crisis a cargo del clero

10

La intervención del clero es importante en la resolución de las crisis vitales de los feligreses se comprende ampliamente tanto en los círculos de salud mental como en los teológicos. El estudio clásico de Ryan (1969) sobre los servicios de salud mental en el área de Boston confirmó que muchos habían sospechado largo tiempo, que el clero estaba cargando con una porción significativa de la actividad de consejería de la ciudad; el ministro promedio atendió tantas personas en consejería cada año, como lo hizo un psiquiatra promedio en la práctica privada. En un estudio anterior, Gurin y otros (1960) examinaron a 2460 estadounidenses y encontraron que, de 14% que habían recibido asistencia profesional para adversidades psicológicas en algún momento de su vida, casi 42% buscó primero ayuda de parte del clero. Desde que surgió en 1963 el Acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental, se ha considerado a los religiosos/religiosas como cruciales protectores de primera línea de la comunidad y, por tanto, han sido los lógicos receptores de la consulta en salud mental (Brodsky, 1968; y Haugk y Dorr, 1976; Levenberg, 1976; Slaikou y Duffy, 1979).

Desde el punto de vista teológico, el papel de consejería del clero es tan antiguo como la tradición judeocristiana en sí misma. Las raíces del siglo xx para la consejería pastoral moderna datan de la década de 1920, y el trabajo de Anton Boisen, cuyas ideas fueron un sorprendente presagio de la teoría de la crisis, según más tarde la desarrolló Lindemann (1944), lo mismo que Caplan (1964):

Él (Boisen) reconoció en esencia la creciente tensión de los conflictos interiores, que no eran buenos o malos en y por sí mismos, pero los cuales abarcaban una etapa intermedia a través de la cual una persona debe pasar, con el fin de

El autor desea agradecer a Susan deLoache por su asistencia para la preparación de este capítulo.

alcanzar un más alto nivel de desarrollo... sin utilizar la palabra "crisis". Boisen arrolló estas ideas en detalle en su clásico y llamativo libro, *The Explanation of the Inner World*, en 1986. Aquí, en el entorno de la evaluación de la relación entre la experiencia religiosa y la psicosis, aquél reiteró la naturaleza de crear o destruir un alto nivel de ansiedad hasta el punto del pánico. Aun cuando hubo un colapso hasta el punto de la psicosis, puede considerarse como un subidada de solución de problemas. En tanto una persona buscaba algo similar a las muchas no asimiladas cantidades grandes de experiencia vital". El resultado, según Boisen, dependió "de la presencia o ausencia de un aceptable núcleo de propósito alrededor del cual se puede formar al nuevo yo" (Switzer 1987, páginas 29-30).

Habido un crecimiento enorme en el desarrollo de la consejería pastoral como disciplina, desde que Boisen presentó su trabajo. Uno de los escritores más importantes al respecto ha sido Sewall Hiltner, cuyos primeros libros pusieron un nuevo fundamento al aplicar las técnicas de Carl Roger (1951) centradas en el paciente. En los ambientes pastorales, y al definir la dimensión de la consejería pastoral (Hiltner, 1949, 1958). Otros escritores, como Howard Clinebell (1966) pusieron énfasis en una amplia variedad de estrategias de consejería, que abarcan la terapia familiar, la consejería para parejas y la intervención en el sistema. Se crearon medios para los informes e investigación publicados a través de la *Journal of Pastoral Care* (fundado en 1948), el *Pastoral Psychology* y el *Journal of Psychology and Theology* (1972). Se fundaron dos programas para proveer entrenamiento clínico para pastores y seminaristas. La Asociación para la Educación Clínica Pastoral (ACEP, sus siglas en inglés), la cual ofrece entrenamiento clínico que se basan principalmente en ambientes hospitalarios, y la Asociación Estadounidense de Consejería Pastoral (AAPC, por sus siglas en inglés), la cual ofrece entrenamiento supervisado en consejería pastoral, principalmente en centros de consejería asentados en comunidades. Ahora, en la mayoría de los servicios de consejería en hospitales, clínicas, centros de atención, asentamientos, etc.

La evaluación de la infomación respectiva indica que el clero considera a la consejería como una función ministerial, sino como una que consume una cantidad considerable de tiempo (Blizzard, 1956; Brekke y otros, 1979; Hunt, 1977; Sullery otros, 1980). En un estudio hecho en Estados Unidos con un grupo de 5000 miembros del clero, personas laicas líderes eclesiales, teólogos y seminaristas en 47 denominaciones, Schullery y otros (1980) observaron que:

Aun cuando todo el contenido del papel del ministro permanece comunal, el punto de enfoque está sobre el individuo. Mucha de la especialización ministerial en los últimos 20 años ha abarcado un incremento de las habilidades ministeriales dentro de la consejería. En un alcance más amplio el ministerio ha implicado el contacto individual en situaciones de crisis (página 6).

Apartado 10-1

Una semana en la vida de un pastor

UNA SEMANA EN LA VIDA DE UN PASTOR

Los pastores varían ampliamente en sus intereses, habilidades y actitudes. Estas características, combinadas con las necesidades de la feligresía, conducen a los pastores a destinar muy distintas proporciones de tiempo a las principales tareas del pastor. Además, cada semana es diferente, por causa de la intensidad de las temporadas y porque los miembros de la congregación encaran a más (o algunas más) crisis, aparte de otros factores. Puesto que no existe una semana "típica" en la vida de un pastor. Al mismo tiempo, una mirada a la agenda, libreta de notas obitácora (un diario o libro personal) puede darnos una idea del trabajo de un pastor.

Domingo: Prediqué a las 8:30 de la mañana y realicé el culto a las 10:00. Planeé visitar a la clase juvenil a las 9:45, pero tuve que interrumpir esto pronto para sustituir al maestro de cuarto grado, quien estaba ausente. Me reuní con los jóvenes a las 6:00 de la tarde para una cena ligera, estudiar y recrearse. Después, Jack y yo analizamos cómo ayudar a un amigo que usa drogas.

Lunes: Inicié los planes para los servicios del culto del domingo siguiente, y preparé la columna de la pluma del pastor" para el boletín interno de la iglesia. Planeé leer algunos estudios básicos sobre el Evangelio según Marcos, pero esto se interrumpió pronto cuando el señor Gibson llegó para pedir ayuda en la casa de convalecencia para su madre de 86 años. Después del almuerzo, visité a algunos congregantes que estaban en el hospital. Después tuve una cena para reunirme con el Consejo de Ministros, para planear los detalles del mes siguiente y plantear proyectos de largo plazo.

Martes: Estuve en el hospital para estar con la señora Jackson y Jim durante la cirugía de la cadera. La familia me pidió que contestara acerca de los procedimientos en el hospital. La muerte y la fe. Esta fue mi primera oportunidad de conocer mejor a esta familia. Regresé a mi oficina en la Iglesia a las 10:30 y completé los planes para el servicio del domingo. Di información para el boletín dominical a la secretaria de la iglesia. Me reuní para el almuerzo con el comité que trabaja sobre las maneras de obtener los servicios de tutoría y consejería para los niños que no están lo suficientemente atendidos por los servicios de escuela

existentes. Citas de hereditadón con un hombre que quiere cambiar de carrera, una pareja que se va a divorciar y una adolescente que piensa que se suicidará.

Miércoles: Completé la mayor parte de la lectura y el esbozo para el sermón del domingo. Hacia las 10:00 Bill y Son llamaron para hablar acerca de lo que podía para resolver un conflicto importante entre algunos empleados en su compañía. Almuerzo con el grupo de estudio semanal de mediodía, integrado por gente de negocios que ha convenido en estudiar el Evangelio según Marcos durante sus horas de almuerzo. En la tarde hice siete llamadas breves a las personas nuevas en nuestra comunidad para darles la bienvenida a la Iglesia. A las 7:30 de la noche me reuní con el grupo de tarea de educación preescolar, para finalizar los planes de remodelación de nuestras aulas de nivel preescolar y hacerlos más atractivos y utilizables, lo mismo que para auxiliar a nuestros niños más pequeños y sus padres. Tendremos que hallar algunos donativos especiales para tener suficiente dinero para estos proyectos.

Jueves: me reuní en la mañana con los otros pastores de nuestro distrito y verifiqué algunos ofrecimientos especiales y planes importantes, etcétera. Después, cinco de nosotros nos reunimos por cerca de dos horas para compartir problemas y discutir cómo hacer un mejor trabajo con las personas que enfrentan crisis. El estudiar los casos reales (sin

1 (Continuación) Apartado 1.1

identificación de las personas) es verdaderamente una ayuda. Recibí hacia la 1:00 la noticia de que el señor Young había muerto. El funeral será el sábado por la tarde, y yo voy a presidir el servicio. Cuando llegué a casa de ellos, la señora Young y sus hijos estaban muy perturbados. Es notable cómo el sólo estar presente con los miembros de la familia es algo que los apoya. Pasé la mayor parte de la tarde con ellos. Me reuní para la cena con nuestros equipos de visitantes que hacen visitas en las casas de los nuevos residentes, a quienes van invitados a la Iglesia y a los hogares donde hay enfermedad. El entusiasmo de este grupo es enorme.

Viernes: Durante la mañana completé la preparación para el domingo y también para el funeral del sábado. Margie y Bob llamaron para establecer la serie de entrevistas de orientación premarital, puesto que ellos planean casarse dentro de aproximadamente seis meses. Son una pareja bella.

Sábado: Visité a la familia de la señora Young en su casa brevemente, antes del funeral esta tarde. Ayudé a contactar a algunas instituciones para gestionar alguna ayuda financiera y otros asuntos relacionados con los ajustes posteriores al funeral. Yo querría ver a la familia algunas veces después del funeral. A las 10:30 el señor y la señora Simmons llamaron y querían reunirse inmediatamente conmigo para hablar acerca de su hijo, que fue arrestado. Me reuní con ellos, pero esta situación requerirá alguna orientación familiar de largo plazo.

Tiempo personal y para la familia: De manera usual, los Viernes por la tarde y los sábados están reservados para mi tiempo con la familia. El funeral del sábado me llevó un poco de este tiempo, pero nos fue posible hacer el viaje de campamento nocturno que habíamos planeado. Yo de modo usual ayudo a nuestros hijos con algunas de sus tareas; y cuando se programan reuniones por la tarde, ayudo a los niños tanto como es posible antes de las mismas. Siempre nos las arreglamos para tener algún momento familiar, usualmente un día completo de asueto cada semana, así como mi propio tiempo personal para un juego de golf o tenis. Tenemos una programación variada y flexible: y cuando las obligaciones pastorales y las actividades familiares entran en conflicto, podemos por lo general disponer cambios satisfactorios.

Fuente: R.A. Hunt, *A Christian as Minister*, Nashville, Tennessee: Consejo de Educación Superior y Ministerio, Iglesia Metodista Unida, 1977, páginas 32-33.

EL PAPEL SINGULAR DEL CLERO

Los ministerios se sitúan de modo ideal para efectuar la consejería en crisis por numerosas razones. Stone (1976) considera a los ministros como los consejeros "naturales" para crisis, cuyas ventajas peculiares incluyen lo siguiente:

1. Muchos de los feligreses en crisis contactarán a su ministro antes de buscar y seleccionar a otros profesionales de la salud mental. Cuando un individuo que sufre selecciona por último el consejo de un psiquiatra u otro profesional de la salud mental, es usualmente porque el clero, u

otros mediadores naturales, como la familia y los amigos, han fracasado en el alivio de la aflicción. El ministro con frecuencia es entre las primeras personas que se buscan cuando surgen las crisis (página 6).

2. Se espera que los ministros "vayan a donde se encuentran las personas", lo cual significa que ellos con frecuencia toman la iniciativa para llegar hasta aquellos que están en crisis, en lugar de simplemente esperar a que los feligreses vayan a ellos. No hay nada de inusual en cuanto a que el ministro escuche de parte de un miembro de la congregación que el señor A pasa por un tiempo difícil ahora mismo (perdió su trabajo, problemas en casa, etcétera)" y a hacer un seguimiento de su vida pastoral. En casi todas las crisis circunstanciales que se identificaron antes, en el presente libro, las expectativas de pastores y feligreses dan a los primeros mayor libertad que a otros profesionales de la salud mental para ayudar o intervenir al llegar hasta la gente.
3. Los ministros presiden una variedad de rituales religiosos, muchos de los cuales se acompañan de transiciones para el desarrollo que cargan con un potencial de crisis. Clinebell (1966) destaca que los rituales del bautismo, la confirmación, el matrimonio y el funeral sirven para redirir la ansiedad relacionada con las principales transiciones de la vida. Y proporcionan un marco estructural para la adaptación a los cambios. El liderazgo ministerial en el momento de la muerte, por ejemplo, facilita la resolución de la crisis. Como establece Clinebell (1966).

Un propósito importante del funeral es facilitar la liberación emocional. El servicio respectivo debe poner énfasis, entre otras cosas, sobre la realidad de la pérdida y la adecuación del duelo. En el servicio debería hacerse de himnos familiares. Oraciones y partes de la Biblia que puedan ayudar a liberar los sentimientos obstruidos. Una meditación en el funeral sobre un texto tal como el de "bienaventurados aquellos que lloran" puede ayudar a facilitar el duelo. Nada debería decirse que sugiera que el estoicismo de cara al duelo es una virtud cristiana o que alguien cuya fe genuina no experimentará un dolor agudo (página 169).

4. El contacto continuo del ministro con los individuos y las familias permite "rastrear" de la resolución de la crisis meses y años después del momento de crisis. El ministro sabe, por ejemplo, cómo era el señor J. Antes de la crisis de divorcio, la lesión física o la pérdida de un ser querido, y estará en posibilidad de observar el progreso del señor J. al transitar la crisis en los meses y años sucesivos. Mediante un número de interacciones -clases de escuela religiosa, funciones de ministerio social, juntas de trabajo y visitas domiciliarias- el pastor tiene acceso a una información mucho más rica que la disponible para los terapeutas asentados en hospitales y clínicas, quienes pueden ver al señor J. una vez a la semana durante los 2 meses.
5. En virtud de su contacto en la congregación, los ministros pueden movilizar redes de apoyo social para ayudar a los miembros de la familia en crisis. Lo mismo si la necesidad es de alimentos y refugio inmediatamente después de un incidente de crisis o de un aumento en el contacto

social meses más tarde, el ministro puede llamar a los ancianos* los maestros de escuela dominical, los equipos de cuidado pastoral, grupos de mujeres/varones y otros, para ayudar a los individuos y sus familias a transitar las crisis vitales. En contraste, los terapeutas seculares no tienen tal recurso de individuos con una encomienda. P. 11.^a apoyarse en ellos. Los miembros de la iglesia que llaman a las personas en crisis proporcionan asistencia tanto como un sentido de pertenencia que pueden contrapesar la soledad y el aislamiento.

6. Puesto que el estado de crisis se acompaña de manera usual de sentimientos de ansiedad, desaliento, desesperación, falta de merecimientos y de esperanza, es el ministro, en tanto representante simbólico de Dios" el que puede ofrecer la fe como un contrapeso a estos sentimientos (Stone 1976, página 72).
7. Puesto que el dominio cognoscitivo -una de las cuatro tareas para la resolución de crisis- con frecuencia influye de modo directo a las decisiones, los ministros están preparados únicamente para facilitar este aspecto de la resolución de la crisis, en virtud de su educación lógica. En el trabajo del ministro con víctimas del duelo, o del divorcio, enfermedades en estado terminal o divorcio, por ejemplo, cuestiones como las siguientes son con frecuencia una parte integrante de los pensamientos de crisis en el paciente: "¿Por qué me pasa esto!" "¿Nos está castigando Dios!" "¿Cómo puede un Dios amoroso llevarse a mi hijo?" "¿Este divorcio es la voluntad de Dios?" Clinebell (1966) sugiere que, para los feligreses en crisis el ministro simboliza la "dimensión de significado fundamental" en la vida:

En muchos casos, las crisis confrontan a las personas con la vacuidad de sus vidas, la pobreza de sus relaciones. Al reflexionar sobre su experiencia en un campo de concentración, Viktor Frankl declara que "pobre de aquel que no vio más sentido en su vida, ni objetivo, ni propósito... Pronto estuvo perdido". En el ministerio para crisis, el papel del clérigo como despertador de sentimientos es altamente importante. Su función peculiar es ayudar a la gente abatida por la crisis, para redescubrir la significatividad esencial de la vida en la relación con Dios, cuyo amor inamovible es real y está disponible aun en medio de la tragedia (página 158).

Este modelo de crisis que se presenta en este libro, las cuestiones teológicas se consideran asuntos importantes que se encauzan en tanto el paciente obtiene dominio cognoscitivo sobre la experiencia de crisis. Aunque las respuestas a preguntas como las que se acaban de mencionar variarían ciertamente de un tradic^o religiosa a otra, la mayoría de los ministros están en una mucho mejor situación que otros profesionales de la salud mental para ayudar a los pacientes. En consecuencia analizar estos asuntos y, en muchos casos, reconsiderar/corregir las creencias teológicas a la luz de la experiencia de crisis.

* N. de T.: Todas las categorías de personas en distintos rangos dentro de la jerarquía de la iglesia, asblicas y en el caso específico de los ancianos -se trata de los miembros más antiguos que cumplen funciones de asistencia pastoral.

ESTRATEGIAS DE ORIENTACIÓN PARA CRISIS

Algunos consejeros pastorales han escrito acerca de las funciones específicas de orientación para crisis de parte de los clérigos (Clinebell, 1966; Pretzel, 1970a; Stone, 1976; Switzer, 1987). Dos de los libros mejor conocidos sobre la materia (Switzer, 1987 y Stone, 1976) presentan el modelo ABC de Jones (1968) como una guía para la intervención pastoral en situaciones de crisis:

- A. Alcanzar el contacto con el paciente.
- B. Reducir el problema a sus aspectos esenciales
- C. Confrontarse de manera activa con un inventario de los recursos disponibles para el paciente.

Este enfoque es congruente con la intervención en crisis de primera instancia, según se describió antes en este libro, e incluye algunos elementos de la terapia para crisis de segunda instancia. De hecho, el libro de Switzer (1987) ofrece una excelente integración de los conceptos que se presentaron en los capítulos 6 y 8 de la presente obra, con los principios de la consejería pastoral. El resto de este capítulo se destinará a abordar el uso de los ministros tanto de los primeros auxilios psicológicos (PAP) como de las técnicas de terapia para crisis en el cuidado y consejería pastorales.

Intervención en crisis de primera instancia a cargo del clero

Kadel (1980) ha sugerido que la consejería pastoral debe proyectarse para el uso en un número de diferentes situaciones sociales y ambientales, no sólo en medios de oficinas. Una mirada a cualquier diario de un ministro revela que la orientación para crisis puede ocurrir en una gran cantidad de ambientes: la casa o lugar de trabajo del feligrés; la oficina del pastor; un estacionamiento; la sala de espera, vestíbulo/corredor de un hospital; el cuarto de un paciente, etcétera; o por teléfono.

Tal como los primeros auxilios psicológicos se esbozaron en el capítulo 6 de este libro, puede ofrecerlos el pastor en cualquiera de estos ambientes. Aunque el marco básico es el mismo que para otros consejeros, algunas características cambian como resultado del papel singular del pastor como representante de la iglesia/sinagoga.

1. Realización del contacto psicológico

Este primer componente de los PAP tiene mucho en común con el modelo de consejería pastoral de Hillner (1949). Cualquiera que sea el pastor sepa ya acerca de las técnicas centradas en el paciente (Rogers, 1951), y el uso de aseveraciones reflexivas o de escucha activa (Gordon, 1970), ayudará en la realización del contacto psicológico en situaciones de crisis. Muchos feligreses informan que la sola presencia del pastor en tiempo de necesidad (muerte de un ser querido, enfermedad repentina, una crisis marital o en el trabajo) es una fuente de consuelo en sí misma. Es importante para los pastores el desarrollar su propia combinación de mensajes verbal y no verbales que comuniquen comprensión, aceptación y apoyo durante las situaciones de crisis. En cualquier caso, la clase

5. Seguimiento

El seguimiento a cargo de los pastores es esencialmente el mismo que para otros protectores de la comunidad, con una excepción: ésta es una función más natural del clero, **pto** que el cuidado continuo de parte del pastor al paso del tiempo se acepta bien y se espera como una responsabilidad pastoral. Además, el pastor puede dar alguna responsabilidad por el seguimiento al feligrés al pedirle que llame de nuevo con información acerca del progreso de éste. Al poner la responsabilidad sobre los hombros de la persona en crisis, para "vificar de nuevo", se da un mensaje implícito en cuanto a que el ministro ayuda que las cosas se resuelvan y en cuanto a que siente que la persona en crisis tiene la fortaleza/energía/capacidad de permanecer en contacto con aquellos a los que protege.

Terapia para crisis a cargo del clero

Existen al menos dos maneras en que los pastores pueden utilizar el planteamiento de terapia para crisis descrito en los capítulos 8 y 9. En principio, los ministros pueden ampliar su entrenamiento calificado en orientación, y cuya especie de trabajo incluye la carga de casos de consejería, otorgarán la terapia para crisis en circunstancias análogas a las de otros profesionales de la salud. La principal diferencia será que estos consejeros pastorales probablemente estarán mejor provistos que algunos otros profesionales para tratar con las cuestiones religiosas que surgen durante la crisis. Según la naturaleza de su entrenamiento en consejería (como el uso de técnicas cognoscitivas, del comportamiento, de la Gestalt y otras descritas en el Glosario), otros aspectos de la terapia para crisis de los consejeros pastorales pueden ser muy similares a la de los consejeros seculares.

En segundo lugar el clero parroquial, para el cual la orientación individual es sólo una de las varias obligaciones importantes, puede utilizar el modelo de terapia para crisis como una guía para las sesiones de orientación y como una ayuda en la distribución de los recursos de la congregación para facilitar la resolución de la crisis. Basado en la "ventaja natural" del ministro como un consejero para el estudio de relaciones en curso con familias enteras, y del acceso a los apoyos materiales y sociales disponibles mediante los sistemas congregacionales, puede utilizar las cuatro tareas para la resolución de la crisis como una orientación al emparejar los recursos con las necesidades de una persona/familia.

Supervivencia física

Una vez que un ministro ha determinado la necesidad de precauciones para preservar la vida como un contacto constante con una persona suicida, u otras medidas para mantener el bienestar físico, como son alimento, asilo, ejercicio o medicación, él puede extraer de la congregación un grupo de ayudantes. La medida que se lleva a los hogares después de una muerte en la familia es un ejemplo de cómo los feligreses pueden facilitar la primera tarea de resolución de la crisis. Ofrecer el uso de una habitación disponible para un momento de la noche para un niño y un esposo separado es otro ejemplo. En muchos casos, la observación que se requiere para una persona potencialmente suicida puede proveerse de parte de un miembro de la congregación que planea emplear

tiempo con la persona durante el fin de semana. Un ministro que sabía que el ejercicio regular era un componente determinante para la recuperación de un paciente con mal cardíaco, gestionó que sus visitas pastorales incluyeran largas caminatas con el feligrés/paciente. Otros visitadores eclesiásticos hicieron lo mismo, para alentar al hombre a permanecer en su rutina de ejercicio.

Expresión de sentimientos

Muchas personas en crisis son muy reacias a admitir los sentimientos de dolor, culpa, ira, confusión y remordimiento. Para algunas, la renuencia está imbuida de una creencia errónea de que los sentimientos son incorrectos a los ojos de la iglesia. En la mayoría de las situaciones de crisis, los ministros parroquiales, de modo distinto que sus colegas en orientación que trabajan de manera exclusiva en ambientes clínicos, tienen distintas oportunidades para legitimar la expresión de sentimientos. Los sermones, las lecciones de escuela religiosa y las palabras que se expresan durante las visitas pastorales pueden tener un impacto considerable sobre el hecho de si los feligreses serán capaces de expresar los sentimientos de dolor que acompañan a las crisis vitales. Debido a la sugestibilidad durante los episodios de crisis (Faplin, 1971), muchos feligreses tendrán en cuenta a su ministro para la orientación sobre cómo manejar la confusión emocional. Aun cuando las palabras expresadas, por ejemplo, en un funeral o servicio de ubicación en una lápida, podrían no tener un efecto en ese momento, con frecuencia se recordarán meses y años después. En muchos casos, la influencia del pastor sobre la persona en crisis es indirecta, mediante la familia y los amigos. Para ayudar a los niños en crisis, el pastor puede asesorar a los padres, u otros parientes, a los maestros de escuela religiosa y otros semejantes, acerca de la importancia de modelar la expresión de sentimientos de dolor y permitir que los mismos de hecho, incitarlos-surjan en los niños que sufren una pérdida.

Dominio cognoscitivo

Como se sugirió antes en este capítulo, el planteamiento del ministro para ayudar a los feligreses a ganar dominio cognoscitivo sobre una crisis, con frecuencia abarcará un análisis de problemas teológicos. Más allá de la atención a los asuntos destacados en el capítulo 8 (qué pasó, cómo y por qué pasó, quién es el responsable, qué se puede aprender de la crisis; y así sucesivamente), de los feligreses puede esperarse que hagan preguntas al ministro como: "¿Es esto la voluntad de Dios?" "¿Me está castigando?" "¿Cómo un Dios amoroso, omnisciente, todopoderoso permite que...?" Algunas veces la ira hacia Dios se manifiesta contra el ministro visitante. En lo subsiguiente a una tragedia, a más de un ministro se le ha hecho sentir no bienvenido, como si representara a alguien que hubiera podido impedir todo aquello, pero no lo hizo!

El dominio cognoscitivo en este entorno abarca tres pasos:

1. Comprensión de la realidad del incidente de crisis (lo que pasó, etcétera).
2. Analizar qué es lo que la persona en crisis cree/piensa acerca del incidente: "Yo nunca pensé que sería una viuda a una edad tan joven. No puedo seguir sin él/ella. Si a Dios realmente le importara..., entonces él no habría..."

3. Análisis de las creencias a la luz de la realidad de la crisis, lo que redundará en la confirmación de las mismas, en cambios significativos sobre ellas o, en algunos casos, el reemplazo de creencias derrumbadas con otras nuevas.

Cualquier consejero secular puede ayudar a un paciente en crisis a través de los pasos, aunque los ministros están mejor provistos para asistir en la tarea de depurar/corregir sus creencias teológicas destrozadas, o de reemplazarlas por otras nuevas. El enfoque central, por supuesto, está sobre el desarrollo de creencias y imágenes que sean capaces de manejar la información de la crisis en sí misma. Una prueba psicológica de las nuevas creencias es, primero, si las mismas se ajustan a los datos disponibles (es decir, si explican el modo suficiente lo que pasó, quién carga con la responsabilidad, y así sucesivamente) y, en segundo lugar, si permiten a la persona colocar el incidente dentro de una perspectiva histórica y continuar con el asunto de la vida futura. Los ministros más experimentados han observado efectos positivos y negativos en los miembros de los feligreses por lograr el dominio cognoscitivo de las crisis. Algunos pierden su fe y dejan a la iglesia por completo después de las tragedias graves extremas: Otros afirman que fue en el momento de la crisis que experimentaron la presencia de Dios con más profundidad, o que fueron fortalecidos a través de las interpretaciones teológicas simplistas por creencias más maduras.

Adaptaciones conductuales/Interpersonales

El uso de los recursos congregacionales es especialmente manifiesto al considerar cómo los ministros pueden ayudar a los feligreses con las cuatro etapas de resolución de la crisis. Una vez que se ha asegurado la supervivencia física ha comenzado a expresarse los sentimientos y han surgido las interpretaciones intelectuales, será importante para la persona en crisis realizar cambios en el portamiento y las relaciones interpersonales. Al haber identificado los cambios necesarios, el ministro puede pedir a otros en la congregación que ayuden con este difícil aspecto de la resolución de la crisis. Una viuda que se queda con niños por ejemplo, encara una gama de tales adaptaciones, muchas de las cuales tienen que ver con manejar sola tareas que habían sido previamente una responsabilidad exclusiva de su esposo (posiblemente las finanzas, mantener reparaciones de los automóviles) o que se habían compartido (siempre que sea a la vez, por ejemplo). También ella finalmente encarará las dificultades de integrarse al mundo social, donde ahora ella es una mujer sola, ya no más el miembro de una pareja. Los ministros sensitivos a la necesidad de adaptaciones conductuales e interpersonales pueden ajustar los recursos de la congregación para ayudar. Más allá de la orientación a una viuda acerca de cómo salir adelante con ciertas situaciones sociales difíciles, ellos pueden ayudar a aquellos que serán establecidos en la iglesia acerca de cómo relacionarse con una viuda en el proceso de reintegrarse al mundo social. Según lo planteó una viuda:

La peor cosa que se puede hacer es "invitar" a una viuda reciente a una fiesta u otra función de la Iglesia. Usted no puede imaginarse cuán difícil es decidir en primer lugar si se va a ir y, entonces, el estar lista y, por último, el manejar solo por la noche a través de la ciudad. El solo pensamiento de todo esto, más las imágenes de entrar en el local, lidiar con saluciones embarazosas y salir

sola del lugar más tarde, es demasiado para soportarlo (le hace a usted desear. en cambio, quedarse en casa). Es mucho mejor cuando una persona a la que le impórtó decir algo como: "Nuestra clase tiene una fiesta el sábado por la noche. Te recogeré a las 7:30 de la noche, ¿de acuerdo?" La directividad añadida -casi como hacerse cargo, por el momento- puede ser suficiente para implicarme en algo que será bueno para mí a la larga, aunque difícil de iniciar por mí misma (texto del archivo del autor).

Para nuestros propósitos, es suficiente observar que el ministro está en una posición de ofrecimiento de consejos como tal a los miembros de la congregación, en tanto éstos asisten a las viudas y a los viudos en la adaptación a la vida como personas solas. Un pensamiento momentáneo acerca de otras crisis y recursos de la congregación revelan muchas otras estrategias. Un pastor, por ejemplo, estaba preocupado por un muchacho de diez años cuyo hermano de ocho años de edad había muerto en un extraño accidente de ahogamiento, a principios del año. El pastor sabía que el campamento de verano de la iglesia se presentaría pronto (en junio), y significaría un punto de elección para el hermano del muchacho y su familia (en cuanto a ir o no ir). Al oír que los padres del muchacho no estaban muy seguros acerca de qué hacer, y al saber que la experiencia del campamento (en la cual, bajo circunstancias normales, el chico no hubiera echado nada de menos) ayudaría a aquel a regresar al curso de la vida normal otra vez, el ministro habló primero con los padres y, con su aprobación, pidió al maestro de escuela dominical del muchacho que le hicieran a éste una visita, para animarlo a ir al campamento. La actitud del ministro se sugirió como una de "expectativa" de que el chico asistiera -"tenemos interés en que esté en el campamento con nosotros este año"-, en lugar de actuar como si el asunto de vivir debería seguramente detenerse de manera indefinida (por meses o años), ahora que la tragedia del ahogamiento del hermano había ocurrido. El ministro también preparó al maestro (quien estaría en el campamento como promotor) para que no se apenara de hablar al muchacho acerca de su hermano muerto, y para que estuviera listo para las posibles lágrimas, ira, culpa o lo que fuera de parte del chico, como para alejarse de alguna actividad en el campamento. Después de todo, ésta es la primera vez que el muchacho fuera de campamento, jugará al pelota, hiciera canotaje y cuestiones semejantes, sin su hermano. Aunque el chico no sería empujado más allá de su voluntad en estas actividades, aquellos que estaban a su alrededor podrían ayudar a comunicar expectativa en cuanto a que él participaría en ellas, al tirar el anzuelo hacia la participación siempre que la decisión estuviera cercana, y al facilitar la plática acerca del hermano faltante, para de esta manera permitir la expresión de sentimientos al mismo tiempo que éstos surgían.

Una intervención pastoral como ésta (la cual implicó, de manera incidental, sólo una visita a los padres y una llamada telefónica al maestro de escuela religiosa) es posible con muchas otras crisis vitales. Con mucha frecuencia, en lugar de que los ministros pongan a los miembros de la congregación a "hacer algo" por los feligreses en crisis, los papeles se invierten: el ajuste conductual se intensifica al tener que hacer la persona en crisis algo para ayudar a alguien más. Una pareja, complacida por haber sobrevivido a una grave crisis marital, quería recompensar al pastor por su ayuda con el ofrecimiento de algún servicio a la iglesia. El pastor gastó un poco de tiempo para establecerlos como promotores de un grupo juvenil, al saber muy bien que no sólo se beneficiarían los chicos,

sino también esa pareja en particular; cuya distancia emocional y física durante los años anteriores había desempeñado un papel importante en su reciente crisis matrimonial, podría ser ventajosa con esta actividad compartida en la iglesia. Se sabe bien que muchos trabajadores de la salud mental -los profesionales, lo mismo que los voluntarios- están motivados en principio por "ayudar a otros", como resultado de haber pasado por temporadas de enorme necesidad ellos mismos. Como un supervisor de la congregación entera, un ministro tiene la oportunidad de ordenar estos recursos de maneras que beneficien a todos los interesados.

UNA MIRADA AL FUTURO

Una mirada cercana a la teoría de la crisis en el entorno del ministerio parroquial, plantea algunas direcciones para el entrenamiento y la investigación futuros. Primero, la insatisfacción acerca de las transiciones/crisis vitales predecibles que encaran los feligreses (capítulos 3 y 4) se está volviendo un importante componente del entrenamiento en la preparación de cualquier seminarista para el trabajo parroquial.

La experiencia del autor en el ofrecimiento de cursos de educación y como doctor en cursos de ministerio en distintos seminarios la década pasada, lo ha conducido también a aplicaciones innovadoras del modelo de crisis a otros aspectos del ministerio pastoral, como son la enseñanza y el culto religioso. Por ejemplo, Hester (1985) conformó un doctorado para un proyecto de ministerio que aplicaba las cuatro tareas de resolución de la crisis, descritas en el capítulo 7 de este libro, a una variedad de actos litúrgicos orientados hacia los principales acontecimientos de la vida, tales como la muerte de un ser querido, el nacimiento de un niño, la mudanza a un nuevo hogar y otros semejantes. Al integrar los recursos psicológicos y teológicos, el autor demuestra cómo el pastor, un tanto liturgista, puede facilitar la resolución de la crisis por separado de la orientación individual, al hacer uso de las más amplias responsabilidades del pastor con la congregación.

En segundo lugar, el entrenamiento en consejería pastoral supervisada debería incluir tanto la intervención en crisis de primera como de segunda instancia, para casos que surjan en ambientes parroquiales (por oposición a los institucionales). Mientras muchos seminarios tienen cursos (o, por lo mismo, de ellos) sobre orientación para crisis, los principales ambientes para la experiencia en orientación supervisada son las clínicas, hospitales y otras instituciones. Los seminaristas adscritos a una parroquia y los pastores que buscan incrementar sus habilidades en orientación, con frecuencia son encauzados a la educación pastoral clínica asentada en hospitales (CPE, por sus siglas en inglés), en cuyos programas reciben supervisión intensiva con pacientes hospitalizados; también son encauzados a centros de orientación en los que su carga de pacientes está conformada de nuevo por personas que han buscado asistencia con orientación profesional. Las desventajas de tal disposición es que no da experiencia al ministro para lidiar con las crisis que confrontará él/ella en los ambientes parroquiales, como son aquellas que no han recibido todavía la atención de los terapeutas/capellanes en hospitales o clínicas. Además, el

entrenamiento en orientación en un ambiente institucional no da al pastor experiencia en el uso de la "ventaja natural" que tienen los ministros como consejeros para crisis (como son las relaciones en curso con las familias y el uso de los recursos de la congregación). Para llevar al máximo el aprendizaje de cómo utilizar estos recursos, debe haber un lazo más estrecho entre el entrenamiento en orientación y el trabajo de campo. En lugar de restringir la supervisión intensiva del consejero a las interacciones clínicas/hospitalarias, debería adaptarse al modelo de Kadel (1980) llama las numerosas "conversaciones pastorales" del trabajo para crisis (como son breves contactos telefónicos, visitas en casa, encuentros después de estar en la iglesia, en la sala de urgencia de un hospital, encuentros de sobremesa, y otros semejantes). De modo similar, la supervisión debería asistir a los pastores en la realización de un uso juicioso de los recursos de la congregación como una ayuda para asistir a las personas a transcribir las cuatro tareas de la resolución de la crisis.

Como un ejemplo, Slaikou (1983) otorgó entrenamiento para intervención en crisis a ocho pastores de iglesias rurales, el seguimiento de esto con tres meses de supervisión con conferencias telefónicas. El programa utilizó la tecnología de llamadas de consulta para proporcionar el contacto del supervisor a los pastores en ambientes rurales remotos, como una manera de integrar el modelo con la orientación cotidiana de ellos. (Véase también Lesicko, 1984, para una evaluación de este proyecto.) Cualquiera que sea el enfoque elegido para el entrenamiento, el objetivo debería ser el dar al pastor una experiencia con casos que surjan en las parroquias, como oposición a los ambientes institucionales.

En tercer lugar, se necesita una cantidad considerablemente mayor de investigación sobre el número y tipo de crisis vitales que se presentarán por sí mismas para los pastores, y, de modo más amplio, sobre las mejores estrategias para lidiar con ellas. Griffin (1980) sostiene que estudios como el de Hiltner y Colston (1961), cuya investigación de hace dos décadas marcó el final, en lugar del comienzo de las investigaciones sistemáticas sobre la naturaleza de la consejería pastoral. Una razón para esto podría ser que los modelos de consejería que se "tomaron prestados" de la psicología {por ejemplo, la terapia centrada en el paciente, de Rogers (1951)}, no fueron lo suficientemente amplios como para aprehender la riqueza de la consejería pastoral. Es posible que la perspectiva multimodal que hemos aplicado a la terapia para crisis pudiera llenar este vacío, en particular puesto que esto específicamente incluye aspectos teológicos (que se describen bajo la modalidad cognoscitiva) y toma en cuenta el papel de la comunidad religiosa en la resolución de las crisis de los feligreses.

SINTESES

El modelo de crisis puede ayudar a los ministros a desarrollar una identidad más clara de sí mismo como asistentes, en especial en tanto ellos se comparan a sí mismos con otros consejeros en salud mental y psicoterapeutas. Desde el comienzo de la consejería pastoral como una disciplina, los ministros se han considerado a sí mismos con muchísima frecuencia como terapeutas "adjuntos" o "de segunda clase". Sin embargo, un entendimiento apropiado de las ventajas

naturales de ellos como consejeros paracrisis, sugiere lo contrario. Si se dio un entrenamiento apropiado, los ministros de parroquia pueden, y deberían ser, los protectores principales en situaciones de crisis. Su utilidad debe extenderse mucho más allá de la temprana detección y canalización, y debe perdurar por medio de la aplicación de estrategias de terapia para crisis de base más amplia a individuos y familias en el ambiente natural en que ocurren las crisis.

Intervención en crisis a cargo de abogados y asesores legales

11

Dr. Robert M. L.
Karl A. Slaikeu
Diane W. Slaikeu

El primer te... "primera vez" "rimoni acusado... eres que percatarte que estás tratando en mayor parte con una persona psicológicamente debilitada... si tú súbitamente fueras acusado... estás arrestado, estás esposado, estás sujeto a una especie de indignidad, eres fotografiado, te toman tus huellas digitales, eres empujado dentro del sistema... Comienzas a pensar en términos de la vergüenza y la ignominia que has traído sobre tu familia y, cuando vienes ante el abogado, eres un caso basurero psicológico.

*Richard "Caballo de Carreras" Haynes,
en el programa de Dick Cavett, 8 de enero de 1980*

Esta descripción de lo que ocurre cuando un acusado entra en el sistema de justicia penal, hace relevantes las consecuencias emocionales potenciales del proceso legal en casos criminales. La descripción de Haynes tiene en sí un tono de verdad: el ser arrojado dentro de una celda es un hecho atemorizante y deshumanizante. El cliente que ejerce su derecho a un consejo legal exige más que eso. Su abogado puede ser el primer aliado que ve después de ser encerrado. No es fácil, sin embargo, satisfacer las exigencias del cliente en las apremiantes, limitantes condiciones que se encuentran de modo típico en los espacios para entrevistas. ¿Cómo pueden los abogados tratar con las emociones de los clientes en tales situaciones? ¿Qué puede hacer un abogado con una llorosa, amargada

cliente, que quiere vengarse de un marido infiel? ¿Y qué, acerca del hombre de negocios que parece determinado a sacrificar los intereses económicos de su negocio al demandar a un socio cuya conducta puede haber sido reprochable en el aspecto personal o ético, pero legalmente sensata? ¿Qué acerca de la cliente que llama a su abogado a la casa de éste para pedirle protección inmediata ante un marido que la maltrata? ¿O qué del abuelo con enfermedad incurable y atemorizado que no sabe cómo quiere repartir sus bienes, pero objeta todas las sugerencias legales y parece molesto por el hecho de que sus hijos ya estén intrigando para aventajar en el reparto de las propiedades?

En cada una de estas situaciones, el abogado puede hallar la senda legal que sería más productiva, bloqueada por las emociones, que algunas veces parecen irracionales, con frecuencia excesivas y, casi siempre, frustrantemente contraproducentes. Estas emociones pueden transformar, de lo contrario, los detalles insignificantes acerca de la propiedad que se demanda en casos de divorcio, en campos de batalla en los que la ira, la venganza y la amargura destruyen semanas de negociación cuidadosa entre los abogados. Estos, son los enemigos del buen consejo legal y son en parte, probablemente, responsables del hecho de que los casos domésticos sean con frecuencia canalizados hacia la jerarquía de los grandes bufetes jurídicos.

Price y McCreary (1976) sostienen que muchos clientes contactan a sus abogados por razones distintas de la necesidad de asesoría legal. Algunos clientes confunden los problemas que son esencialmente psicológicos por naturaleza con los conflictos legales. Otros han limitado su acceso a los servicios de salud mental por su falta de dinero, tiempo, transporte o aun de la conciencia de que tales recursos existen. Los autores mencionados consideran a muchos así llamados clientes problemáticos como aquellos que están atrapados en el temor, la confusión, la ambivalencia y la ignorancia acerca de qué hacer para ayudarse así mismos. También, las dificultades emocionales pueden surgir en tomo de conflictos legales particulares, como son la planeación patrimonial (Bernstein, 1977a; Spratt, 1973), la obtención de un contrato matrimonial (Bernstein, 1977b), los procedimientos de divorcio (Enterson y Messinger, 1977; Sabalis y Ayers, 1977), el daño personal (Preiser, 1979; Rosenthal, 1974) y la validación de un testamento (Rosenfeld, 1980), por nombrar algunos.

Los abogados consagran de 30 a 80% de su tiempo en la consejería de sus clientes (Shaffer, 1976), aunque casi no reciben entrenamiento formal acerca de cómo tratar con sus frecuentemente difíciles y emocionalmente perturbados clientes (Freeman, 1964, 1967). Los abogados deben apoyarse en cursos de psicología de pregrado, de cuestionable utilidad práctica, en su sentido común y en su capacidad para retrasar el proceso hasta que llegue posiblemente la asistencia de profesionales de la salud, que puedan enfriar las emociones. Desafortunadamente, el tomar tiempo para enfriar las emociones de los clientes demora el lidiar de modo directo y efectivo con los asuntos legales importantes. También, muchos abogados no tienen interés en tratar con las emociones de los clientes, argumentando que ellos no pasaron por años de capacitación legal con el fin de terminar tomando las manos de divorciados llorosos. Para otros, el confrontar a un cliente en crisis precipitan un tipo de crisis para el abogado también, en particular si el fracaso para ayudar se ve como una amenaza para la competencia profesional del abogado (Schoenfeld y Schoenfeld, 1981).

Los cursos sobre consejería legal forman parte con más frecuencia de la *curricula* de las escuelas de derecho que en el pasado, pero en general se les da poca preferencia (Freeman, 1964, 1967). El interés en estos cursos se desarrolló en parte del criticismo del *Chie/Justice Burger*, de parte de abogados carentes de pericia técnica (Goldstein, 1979a). Aunque muchas escuelas de derecho han intentado proveer de un entrenamiento más práctico en áreas legales sustantivas, el desarrollo de las habilidades de entrevista y orientación que yacen cerca de la esencia del trabajo cotidiano de muchos abogados, todavía no ha recibido la atención adecuada (Goldstein, 1979b).

No existen soluciones simples para los complicados problemas humanos que encaran los abogados. Lo que sigue no será un libro de recetas de cocina sobre "cómo hacer", que promete lo imposible. Hay mucho que no sabemos sobre el comportamiento humano y cada caso es diferente. Lo que haremos es presentar la teoría de la crisis como una herramienta para comprender y tratar de modo efectivo con clientes que están bajo una tensión extraordinaria. Esbozaremos cómo los pasos implicados en la intervención en crisis, y en particular en los primeros auxilios psicológicos, pueden ser útiles para los abogados al tratar con clientes en crisis.

Como veremos, muchos de los componentes de la intervención en crisis se han sugerido en libros y artículos acerca de la entrevista sobre asuntos legales. Intentaremos entrelazar los hilos más promisorios de la literatura respectiva dentro del género de la intervención en crisis e intentaremos aplicar el producto correspondiente dentro del entorno de la entrevista sobre asuntos legales. Por último, enmarcaremos las cuestiones que necesitan atención para una futura investigación. La visión que se adopta en este capítulo es que: 1) los abogados y sus asistentes son trabajadores de "vanguardia" que tienen contacto con las personas en crisis. 2) La intervención en crisis es compatible con los más amplios modelos de entrevista sobre asuntos legales. No es, sin embargo, un método de entrenamiento para psicólogos o psiquiatras secundarios, algo que la profesión legal de modo claro no desea (Freeman, 1967; Schoenfeld y Schoenfeld, 1981). 3) El uso efectivo de las estrategias de intervención en crisis puede reducir antes que incrementar el tiempo que se necesita para alcanzar los ajustes necesarios. 4) Reconocer y atenuar las situaciones intensas, al ayudar a los clientes a clarificar los asuntos que merecen preferencia (ello abarca el posponer las decisiones importantes hasta que declina la perturbación), y al establecer enlaces con otros recursos de ayuda, la intervención en crisis puede permitir que los abogados realicen su trabajo legal de modo más rápido, efectivo y eficiente. 5) La intervención en crisis puede enseñarse en la escuela de derecho y en los talleres de educación continua, en un tiempo relativamente corto — es probable que ello suceda en un curso intensivo de 15 horas.

REPASO A LA BIBLIOGRAFÍA

La mayoría de los autores de texto y artículos acerca de la entrevista sobre asuntos legales ponen énfasis en la inevitabilidad de que los abogados tengan que emplear algún tipo de orientación con sus clientes (Binder y Price, 1977; Preiser, 1979; Rosenthal, 1974; Schoenfeld y Schoenfeld, 1981; Shaffer,

1976). El libro de casos de Freeman y Weinhofen (1972), titulado *Legal Interviewing and Counseling*, para estudiantes de derecho, provee una amplia visión general —a través de casos específicos— de la diversidad de conflictos legales (maritales-familiares, de negocios-financieros) que de manera inmediata impelen al abogado dentro del papel de consejero.

Al considerar el papel del abogado, algunos eruditos y consejeros legales han sugerido que el mismo incluye una provisión de empatía y orientación; a semejanza de lo que hemos llamado primeros auxilios psicológicos (capítulo 6) (BenJamm, 1981; Kahn y Cannell, 1965; Simons y Reidy, 1971). En su texto introductorio, Binder y Price (1977) sugieren un enfoque relativamente directo para la labor de consejería legal. Ellos esbozan un proceso de tres pasos que se proyectó para ayudar al abogado a facilitar la apertura de información relevante y formular una estrategia para la provisión de ayuda. El cliente recibe primero un acercamiento para expresar sus preocupaciones y reacciones emocionales. El abogado ayuda en este proceso al permitir que el cliente describa la situación o el problema. Mediante respuestas empáticas y técnicas de escucha activa, el abogado ayuda al paciente a reconocer las emociones. Al haber hecho esto, el abogado obtiene una visión general y cronológica del problema, y alienta al cliente para describir de manera específica qué pasó y cuándo. Por último, el abogado empieza a desarrollar y verificar teorías fundamentadas en lo que se ha aprendido. Los primeros dos pasos corresponden de modo directo con la "realización del contacto psicológico" y la "valoración de las dimensiones del problema", al suministrar los primeros auxilios psicológicos.

Importante: de modo particular para el proceso que Binder y Price describen, la capacidad del abogado para ayudar al cliente a evaluar alternativas para tratar con el problema. Ambos argumentan que tanto el cliente como el abogado deben atender a las consecuencias sociales y psicológicas, así como a las legales, para cada alternativa.

Shaffer (197) argumenta que la consejería legal debería proporcionar la máxima libertad de información para el cliente, aunque esto se hace rara vez. Este autor destaca, por ejemplo, que los abogados en lo general no permiten que sus clientes participen en decisiones acerca de cómo manejar sus casos de responsabilidad automovilística, aun cuando los datos sugieren que los clientes que se involucran en el proceso de toma de decisiones ganan mayores convenios que aquellos que no lo hacen. (Véase también a Rosenthal, 1974). Para llevar al máximo el flujo de información, el abogado debe trabajar para desarrollar una relación de igualdad personal entre él mismo y el cliente. De manera obvia, el abogado es el especialista legal que puede y debería desplegar las opciones jurídicas; pero antes de hacerlo, necesita desarrollar la confianza y un sentido claro de cómo se siente el cliente acerca de lo que ha tenido lugar y qué puede pasar. El abogado debe practicar la "escucha activa", lo cual implica ser sensible a los sentimientos y analizarlos al responder a ellos más que enfocarse únicamente sobre los hechos objetivos. Shaffer sugiere que los sentimientos son hechos que resultan igualmente importante, tanto como los detalles de un caso. En un sentido, éstas son las señales que permiten al abogado empezar a comprender la importancia de los hechos objetivos. El papel del abogado es, por tanto, establecer una armonía con el paciente. Ésta debe desarrollarse y deben analizarse los sentimientos, antes de que pueda esperarse cualquier otro progreso.

El abogado debe también estar sintonizado con aquello a lo que se hace referencia como el "proceso" de la entrevista. ¿Y, al mismo tiempo el abogado está empeñado en mostrarse como el experto, el último árbitro, el autor? Si así es, no se desarrollará una relación constructiva y, aunque el cliente probablemente estará de acuerdo con el buen consejo, es improbable que lo siga. Por último, el abogado necesita ser un buen solucionador de problemas, que esté en posibilidad de analizar cursos de acción alternativos con el cliente, tener consigo pericia legal para mostrarla donde sea necesario, y ayudar a evaluar los resultados. Shaffer hace énfasis en la importancia de incitar al cliente a hacer tanto como pueda para resolver el problema, legitimar y responder a los sentimientos, así como para utilizar una estrategia de solución de problemas para salir adelante con sus problemas.

El libro *The Lawyer in the Interviewing and Counseling Process* (Watson, 1976) fue escrito para servir como un texto para un curso sobre entrevistas. Esta obra proporciona un buen ejemplo de lo que debe aprenderse de parte del abogado si va a desarrollar habilidades de entrevista adecuadas, desde una perspectiva psicoanalítica. Se realizan algunos supuestos: El cliente puede aparentar que está confundido, pero inconscientemente sabe lo que quiere. La tarea del abogado es descubrir estos elementos inconscientes. Para hacer esto, el abogado debe comprender los motivos, pensamientos inconscientes y estructura de la personalidad del cliente. Al hacerlo así, puede anticipar tener que enfrentar la transferencia y contratransferencia. La transferencia remite a la tendencia del cliente a reaccionar ante el consejero, como si éste fuera alguien de quien el cliente tuviera poderosos, perturbadores sentimientos. Éstos se transfieren al consejero, antes que orientarse hacia la persona adecuada. La contratransferencia tiene lugar cuando el consejero reacciona hacia el cliente como si éste fuera una persona importante (para el consejero). En este modelo, las emociones están para tratar con ellas de manera directa, y los acontecimientos están para que el cliente los vea desde su perspectiva, con el fin de superar la resistencia del mismo a ver los sucesos y las emociones como son en realidad. El comportamiento disfuncional se ve no como resultado de algún incidente; sino, más bien, como una consecuencia de los factores de la personalidad y los motivos inconscientes que ocasionan que el cliente interprete los acontecimientos de ciertas maneras. En este modelo, se instruye a los abogados a comprender las motivaciones inconscientes y enfrentar los problemas planteados por la transferencia. En virtud de sus supuestos psicoanalíticos, este modelo añade una complicación considerable a la entrevista sobre asuntos legales —más parecería que el abogado promedio querría o tendría tiempo para aprender.

El manual de Schoenfeld y Schoenfeld (1981) acerca de la entrevista y la orientación para abogados incluye una sección de intervención en crisis y la entrevista sobre asuntos legales. Al comenzar con el análisis de la dinámica general de la comunicación, los autores presentan métodos para estructurar una entrevista, seguido por un análisis de las técnicas de intervención. La lista de los autores acerca de los enfoques de orientación en situaciones de crisis, incluye:

1. Comunicar un interés efectivo.
2. Permitir al cliente que exprese sus sentimientos.
3. Examinar el incidente precipitante.
4. Analizar los esfuerzos anteriores por salir adelante.

5. Enfocar el problema inmediato.
6. Ayudar al cliente a desarrollar una comprensión cognitiva del problema.
7. Buscar soluciones prácticas.
8. Estructurar un plan para la acción.
9. Realizar canalizaciones.

Estas dimensiones cubren puntos que se incluyen bajo los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, descritos en el capítulo 6, aunque la lista no se organizó conforme a un modelo general de solución de problemas. Los autores presentan un número de sugerencias prácticas para la comprensión de la naturaleza del aturdimiento del cliente, y para que éste responda de modo efectivo durante la entrevista.

Aunque existen diferencias en estos enfoques para la entrevista sobre asuntos legales, cada uno se funda en la creencia de que, desde el punto de vista del abogado, es práctico y eficiente, a la larga, tratar de manera directa con las emociones que los clientes llevan hasta los abogados. El tiempo que se ahorra al permanecer en los hechos legales "objetivos" se perderá probablemente si el cliente confunde los hechos con los sentimientos. El cliente se puede sentir apartado del proceso legal y puede fracasar al llevar a la práctica las sugerencias hechas por el abogado. Si no se toma en cuenta los sentimientos del cliente, éste puede tener dificultad para razonarlos, o probablemente saboteará aun el plan establecido de la manera más cuidadosa. Sobre todo, esto consume el tiempo tanto del abogado como del cliente, lo mismo que su energía emocional.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LA ENTREVISTA ACERCA DE ASUNTOS LEGALES

Los primeros auxilios psicológicos en el entorno de la entrevista sobre asuntos legales incorpora muchas de las ideas de la bibliografía que se acaba de repasar. Los procedimientos se proyectan para ayudar a los clientes a tratar con lo que parece que para ellos son incidentes afortunados, y se describen de modo exhaustivo en el capítulo 6 de esta obra. Lo que sigue es un análisis de la aplicación de estos principios en el entorno de una entrevista sobre asuntos legales.

Realización del contacto psicológico

Esta es al mismo tiempo la más fácil y la más difícil de las tareas del abogado. Tanto los hechos como los sentimientos necesitan encauzarse. Los abogados tienden a ser más avezados en el acopio de los hechos objetivos importantes y en su entrelazamiento dentro de un todo inteligible. Ellos con frecuencia están menos familiarizados y cómodos con los sentimientos que acompañan a los hechos —el rechazo, la rabia y la desolación que sienten las partes por un divorcio, o la humillación y el sentido de fracaso que experimenta el hombre de negocios en bancarota. Tan aterrorizantes y amenazantes como son, estos

sentimientos con frecuencia flotan cerca de la superficie durante las entrevistas sobre asuntos legales. Si se les oye, es probable que el cliente relate los hechos de modo deficiente y coopere con renuencia, si lo hace en absoluto. Se necesita expresar los sentimientos si el cliente está por moverse allá de su preocupación por ellos. En tanto es difícil resistir la tentación de usar los sentimientos al desearlos ("no debería usted sentirse de esa manera") o soslayarlos, esto tiende a exacerbar la incomodidad del cliente. Una vez que se han expresado, las emociones pueden comenzar a consumirse por sí mismas y el cliente puede comenzar a proporcionar información acerca de cuáles factores son en especial importantes.

Numerosas estrategias para alentar la apropiada expresión de sentimientos se esbozan en el capítulo 6 y en la bibliografía que hemos revisado. Los clientes afligidos comunican el cómo se sienten tanto por lo que dice: ("él llevó la razón que yo tenía para vivir") como por lo que hacen (ojos abatidos, voz temblorosa, cara encendida). Es con frecuencia útil reconocer de manera el sentimiento ("puedo pensar de cuán decepcionado y herido se debe sentir usted") y entonces dar al cliente una oportunidad para responder. La escucha activa y las respuestas empáticas son planteamientos que le ayudan al cliente como al abogado a obtener un sentir para las reacciones del cliente. Las técnicas guían la atención del entrevistador a los sentimientos que subyacen en las aseveraciones del cliente.

Exploración de las dimensiones del problema

Parece que los abogados funcionan de lo mejor en esta etapa de los primeros auxilios psicológicos, puesto que éstos se parecen mucho a las aptitudes de aquellos que recopilan información para fundamentar la relación de casos específicos con la ley. Al escuchar la historia del cliente, el abogado debe considerar cuánto puede(n) el(los) incidente(s) haber desorganizado los objetivos del cliente o su estructura vital (Levinson, 1978). Para entender cómo una acción legal propuesta puede relacionarse con la estructura del cliente, el abogado debería oír qué es lo que el acontecimiento (el divorcio, los problemas para la bancarota, cambios en el testamento) significa para el cliente, cómo es que interpreta lo que ha pasado. Es importante saber, por ejemplo,

Apartado 11-t

PROTOTIPO DE ENTRENAMIENTO: LOS ABOGADOS Y LOS TRABAJADORES PARALEGALES

Véase el capítulo 9 con respecto a "El entrenamiento: los primeros auxilios psicológicos" para un programa genérico de entrenamiento. El cual puede integrarse a la práctica de la escuela de derecho, lo mismo que a la educación legal continua (CLE, por sus siglas en inglés), para abogados y trabajadores paralegales.

cómo una acción de declaración de quiebra afectará la visión de un cliente acerca de sus responsabilidades financieras y de liderazgo hacia su cónyuge y su familia.

Los abogados y sus asistentes deberían evaluar la mortalidad cuando un cliente da claves de un comportamiento destructivo. El capítulo 6 proporciona pautas para realizar decisiones acerca de qué hacer en estas situaciones.

Análisis de las posibles soluciones

Apelar al sistema legal mediante un abogado representa un intento de enfrentar la crisis. El continuo fracaso de otras soluciones para los problemas (acudir a amigos por parte de los cónyuges infelices, repetidas súplicas para un poco más de tiempo a los acreedores) exacerban el sentido de desesperación generado por el problema en sí mismo. Bajo estas circunstancias es probable que cualquier solución parezca buena, sin importar cuán débil o inapropiada sea. Las estrategias inadecuadas pueden tomarse ansiosamente, sólo para obtener un mayor dolo o simplemente ser abandonado; con lo que se frustra el abogado y se desperdicia tiempo. Es más productivo, a la larga, generar algunas posibilidades de solución para problemas en curso, y entonces evaluar cada solución.

El abogado necesita saber acerca de los recursos comunitarios disponibles (el clero, los consejeros matrimoniales, asilos para mujeres, instituciones sociales que proporcionan fondos de urgencia, grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, etcétera), con el fin de ayudar a los clientes a crear soluciones para sus multifacéticos problemas. Es frecuentemente de ayuda para el abogado conservar una lista de los recursos que han demostrado ser útiles en el . Es del mismo modo útil saber acerca de los especialistas para referenda en la comunidad. Algunos estados (de la Unión Americana) han comenzado a ejecutar sistemas de programa y servicios de asistencia a los que se puede acceder por teléfono.

Ejecución de acción concreta

La mayoría de los abogados están orientados hacia la acción, y prefieren extraer los hechos relevantes en un caso, decidir qué es lo que necesita hacerse, y hacerlo. Actuar demasiado rápido, sin embargo, puede ser contraproducente a la larga. Es con frecuencia mejor para los clientes en crisis decidir "no hacer nada", especialmente al calor del momento. Una vez que el asunto se ha glado, el blema bien puede adoptar distintas dimensiones que exigen diferentes soluciones. Aquellas que son inapropiadas desgastan tiempo y energía a la larga.

La teoría de la crisis sugiere que se anime a los clientes a hacer tanto como pedan por ellos mismos. El mmual de procedimiento del capítulo 6 puede onentar a los abogados acerca de cuán directivo debe ser en algún caso JI3!icular. Recopilar infonnación para fundamentación, hablar con un amigo, venfiar coalos parientes la asistencia financiera de corto plazo, hallar un refugio temporal, evaluar las oportunicJades de empleo disponibles inmediatamente, son todos ellos ejemplos de acciones concretas del cliente, que podrían tlicutirse durante la entrevista sobre asuntos legales.

Seguimiento

En las crisis en que los riesgos son altos y las habilidades del cliente para el enfrentamiento son escasas, es importante saber si se llevaron a la práctica o no los planes y acuerdos realizados durante la entrevista. El seguimiento no necesita llevarse una gran cantidad de tiempo. Con frecuencia, una rápida llamada del cliente o la persona que éste planeó contactar, es suficiente para confirmar que los planes se han ejecutado. El trabajo en equipo puede disipar la carga del seguimiento: las secretarías y los asistentes legales pueden ayudar al telefonar para ver que el cliente, por ejemplo, haya hecho una cita con un trabajador de urgencias en salud mental, o que se desplazó hacia un albergue para mujeres maltratadas.

Es probable que las soluciones legales logren los efectos buscados sólo si las necesidades del cliente se entienden claramente y está motivado para cooperar con el abogado. Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos proveen al abogado de un mapa cognoscitivo que es útil para conceptuar lo que sucede con el cliente y qué necesita hacerse. Esto puede ayudar al establecer la armonía y la confianza, y al marcar las prioridades, de manera que el cliente tendrá la voluntad y estará en posibilidad de seguir a través de los movimientos legales necesarios en tanto transcurre el tiempo. Por último, al utilizarlo el abogado como un mapa cognoscitivo, ello señala cierta infonnación y sugiere ciertas respuestas que pueden unirse a la más tradicional entrevista sobre asuntos legales.

TENDENCIA PARA EL FUTURO

EXisten algunos obstáculos para la ejecución del entrenamiento de intervención en crisis para abogados. Hay poco tiempo en los años de la escuela de leyes para los cursos de contenido jurídico, por no decir nada sobre el entrenamiento agregado en áreas como la intervención en crisis. Muchos ven a la intervención en crisis como "extra", para abordarlos sólo cuando se ha dominado el material legal "real"; una actitud que, si no se confronta, pronto les asegurará que la materia correspondiente nunca llegue a muchos abogados. Necesitan enfatizarse algunos puntos para tratar con obstáculos que impiden el uso del modelo de crisis en la entrevista sobre asuntos legales.

1. La intervención en crisis, en cuanto a su entrenamiento, necesita presentarse como un conjunto de estrategias útiles tanto para los abogados como para los clientes. No es suficiente con señalar que los clientes necesitan que se les comprenda, se les escuche y/o se les remita a orientación psicológica cuando sea necesario. Un punto igualmente importante es que, a la larga, el conocimiento de los primeros auxilios psicológicos ahorrarán tiempo y dinero. Ningún abogado gusta de las llamadas tarde por la noche (o temprano en la mañana) de parte de un divorciado perturbado; o la veleidat, intransigencia, etcétera, en respuesta a un convenio racional. Los primeros auxilios psicológicos pueden considerarse como una "herramienta" para lidiar con los clientes problemáticos.

2. Los paquetes de entrenamiento, lo mismo si son parte de un curso de la escuela de derecho acerca de la entrevista legal o de un seminario de educación continua, deberían ser de tiempo limitado (de 10 a 20 horas), y deberían poner énfasis en la compatibilidad de los primeros auxilios psicológicos con los modelos de entrevista legal ya existentes. Los cursos en la Universidad de Texas en Austin y las escuelas de leyes en la Universidad de Carolina del Sur, por ejemplo, han usado la cinta de vídeo acerca del programa de entrenamiento de Slaikeu (1978), titulada, *Defusing the Distraught Client*, como parte de un entrenamiento más amplio en entrevistas sobre asuntos legales.
3. La teoría de la crisis (capítulo 2) debería presentarse como una alternativa útil para el lenguaje de la psicopatología, con el que muchos abogados están familiarizados, en virtud de los cursos de pregrado acerca de psicología anormal, o por la experiencia de prueba con alegatos acerca de la cordura de alguien. La teoría sobre la crisis ofrece un marco conceptual que no sólo derrama luz sobre la dinámica individual y familiar presente en el divorcio, la aprehensión, la planeación patrimonial, la validación de un testamento, y cuestiones semejantes, sino que también ofrece pautas acerca de lo que el abogado puede hacer para ayudar a los clientes a salvar de manera exitosa estas transiciones de la vida. Los programas de entrenamiento para abogados deberían poner particular atención en las cuatro tareas de resolución de la crisis, como un trasfondo para la comprensión de los cambios significativos en los pensamientos, sentimientos y comportamiento del cliente, en tanto un caso se convierte en demanda (capítulos 2 y 8).
4. En concordancia con la idea de integrar el modelo de crisis dentro de la práctica legal cotidiana, el entrenamiento en primeros auxilios psicológicos puede ser útil para recepcionistas y asesores paralegales, puesto que éstos de usualmente tienen contacto con los clientes. La capacidad de estos individuos para manejar de manera efectiva el trastorno emocional, puede contribuir en gran cantidad a la efectividad global de la práctica jurídica.
5. Los practicantes de la salud mental, lo mismo si forman parte de un programa de alcance externo en un centro de salud mental comunitario, o si están en la práctica privada, pueden ofrecer consultas breves (lo más probable es que por teléfono) a los abogados que necesitan ayuda para tratar con clientes en crisis. Como se sugirió en el capítulo 6, por cuanto el modelo de primeros auxilios psicológicos se fundamenta en una base de solución de problemas, puede servir como un marco útil para la consulta en salud mental.

SÍNTESIS

En tanto la bibliografía acerca de la crisis mantiene las direcciones programáticas esbozadas en este capítulo, existe todavía una necesidad de investigación sistemática para los componentes psicológicos de los problemas jurídicos de los clientes. Un paso en esta dirección sería el examinar el ajuste entre los síntomas

que padecen los clientes y aquellos que pronostica la teoría de la crisis. Se necesitan otros estudios para poner a prueba de modo riguroso nuestra hipótesis de que la destreza en la intervención en crisis en realidad ayudará a los abogados a trabajar con clientes perturbados. En cualquier caso, está claro que muchos abogados experimentan una considerable dificultad al manejar los aspectos emocionales psicológicos de los problemas de sus clientes. Nuestra esperanza es que las ideas en este capítulo servirán como un estímulo para los investigadores y educadores para considerar de modo más cercano el modelo de crisis en tanto un marco para el incremento de la efectividad del abogado en la entrevista sobre asuntos legales. •

Intervención en crisis a cargo de la policía

1
C.A

@) (@) r@) (@))];

Jeffrey B. Lockett
Karl A. Slaikeu

Una familia de la Unidad de Intervención en Crisis Familiar llegó a la casa de un hombre que estaba estrangulando a su hija. Los oficiales de la Unidad de Intervención en Crisis Familiar llegaron y hallaron al padre hostil y a la madre llorando en la cocina. En tanto su compañero, sin impertinencia, examina la situación en otras partes de la casa, el otro oficial se quita la gorra, se sienta en el sofá y comienza a hablar de modo directo con el padre. El oficial se muestra de acuerdo con que es necesario disciplinar a los hijos y aconseja al oficial, de modo gradual, saca al hombre de su inmediata y explosiva preocupación, hacia una discusión más general. Antes de que pase mucho tiempo, el padre ha desahogado sus puños y ha perdido su hostilidad; él y el oficial convienen en que el estrangulamiento es un inefectivo medio de disciplina. Mientras tanto, el segundo oficial ha arreglado que la hija pase la noche con una amiga y ha dado a la madre información que pidió acerca de los procedimientos para obtener un posible divorcio. En media hora la situación se desactiva y el esposo estrecha la mano de los oficiales cuando éstos se van (Blanton, 1976, página 61).

Aunque a la policía se le conoce mejor por su responsabilidad en el combate a la delincuencia, sólo 10 o 20% del tiempo de un oficial típico se emplea para identificar y aprehender criminales, o en otros aspectos de control del crimen. El restante 80 o 90% de los oficiales promedio se emplea en actividades del mantenimiento del orden, muchas de las cuales implican a la intervención en crisis. Estas actividades no relacionadas con lo criminal llamadas conflictos sociales como son: peleas familiares, llamadas para ayudar a ciudadanos perturbados mentalmente o intoxicados, aquellos que intentan suicidarse, las víctimas de accidentes, ataques, violaciones y otros agravios (Goldstein y otros,

De Ressler (1971): El alto porcentaje del trabajo interpersonal de la policía es estructuralmente especial a la luz de estudios que revelan que sólo 10% del entrenamiento de un oficial de policía abarca las relaciones humanas (Jacobs).

Los ciudadanos con frecuencia se vuelven hacia la policía cuando los confrontan situaciones muy desorganizantes y algunas veces extravagantes. Wace y Schreiber (1977) sugieren que las comunidades dependen en gran medida de la asistencia de la policía para las situaciones de crisis, por cuanto ésta puede recibir llamadas por teléfono a cualquier hora del día o noche, responde de manera rápida, está preparada para proveer asistencia en el lugar de los hechos, y tiene la capacidad para controlar situaciones que implican violencia. La mayor parte de los oficiales de policía, sin embargo, no reciben con beneplácito las llamadas de parte de familias en crisis. Un oficial lo planteó de modo cómico: "Es una de las peores llamadas que se pueden recibir en una patrulla (Wallace y Schreiber, 1977). Otro estableció: "Yo más bien encaro a un asaltante que una pelea familiar" (Hamilton, 1973).

De manera tradicional ha habido resistencia al concepto de orientación como una parte de la función de la policía. Con frecuencia la policía no considera los desórdenes familiares como un verdadero asunto de la policía, pero los intentan resolver porque los ciudadanos piden ayuda y existe una responsabilidad legal para responder (Bumett y otros, 1976). Las recompensas profesionales - ascensos, aumentos de salario, y así sucesivamente - se enlazan con las actividades policíacas y no con las resoluciones de las crisis familiares (Mann, 1973). Al mismo tiempo, sin embargo, los estudios muestran que la policía de modo habitual acomete situaciones de crisis, cada una potencialmente explosiva, imprevisible y con una gran amenaza para la seguridad personal (Horstman 1974). En cada caso, el oficial trabaja con recursos comunitarios limitados, y trabaja sobre una base de 24 horas al día, y con usuarios que, muchas veces, ni reconocen su necesidad de ayuda ni desean la asistencia de aquél.

Este capítulo repasa la bibliografía más sobresaliente sobre la intervención en crisis a cargo de la policía y, entonces, analiza cómo el modelo de intervención puede utilizarse por parte de aquélla. Nuestra visión es que: 1) los policías y trabajadores de primera línea que tratan con las personas en crisis; 2) el modelo de intervención en crisis es compatible con los procedimientos policíacos; y 3) el uso efectivo de la intervención en crisis puede reducir el tiempo que se emplea en las actividades relacionadas con asuntos no criminales. Nuestro objetivo es proveer un fundamento práctico para los policías, misma que proporciona tanto una asistencia firme a los ciudadanos en crisis, como también la menor amenaza posible a la seguridad personal de los primeros.

REPASO DE LA BIBLIOGRAFÍA

Desde la parte final del decenio de 1960, numerosos artículos acerca de la intervención en crisis a cargo de la policía han aparecido en la bibliografía policíaca y en la literatura de comportamiento. La mayoría son descripciones de programas de entrenamiento, aunque algunos han informado de datos evaluativos, y otros han ofrecido instrucciones de paso a paso para entrenar a la

policía en la intervención en crisis. Nuestro repaso comenzará con una síntesis de los hallazgos en la naturaleza de las llamadas a la policía, seguida por estudios de evaluación y modelos de entrenamiento.

Llamadas de crisis a la policía

Patton (1973) ha descrito seis aspectos de las llamadas de desorganización. Las desorganizaciones familiares respecto de las cuales se requiere a los policías, son:

1. Invocadas por los ciudadanos, lo que significa que la persona que inicia el contacto tiene un interés creado sobre el tipo de resolución que pueden proporcionar los policías.
2. De consumo de tiempo, puesto que la clarificación y aun la resolución temporal requiere la recopilación de información amplia.
3. Ambiguas, por cuanto que a veces hay una clara exposición de los hechos que condujeron a la llamada, y con frecuencia es difícil determinar la responsabilidad por el conflicto.
4. Peligrosas, puesto que cada llamada tiene el potencial de la violencia.
5. Productoras de ansiedad, debido a la ambigüedad y peligrosidad potencial de la situación.
6. Distribuidas de manera irregular entre la población general, con más llamadas provenientes de las familias de baja condición económica, lo mismo que de vecindarios de bajo nivel social.

Más allá de estas características generales, las llamadas por desorganización abarcan a una amplia variedad de participantes, por ejemplo, a los maridos, esposas, hijos, parientes políticos, abuelos, vecinos y amigos (Reid, 1975). Esto significa que el oficial que responde a la llamada nunca está completamente seguro de la situación o de la gente que se va a encontrar. Los sentimientos y el comportamiento de agresividad habitualmente están presentes durante los desórdenes familiares, la ansiedad y la depresión durante los intentos de suicidio o los accidentes, la histeria o la conmoción en lo subsiguiente a una violación o ataque, y la confusión cognoscitiva y la agitación con los ciudadanos mentalmente perturbados o intoxicados.

Por añadidura a estas características psicológicas de los ciudadanos en crisis está el peligro para la seguridad personal del oficial de policía. Esto se debe en parte al hecho de que los ciudadanos cuyos problemas psicológicos/familiares llegan hasta la policía con frecuencia no quieren ayuda externa. Liberman (1969) comparó a las personas cuyos problemas psicológicos se llevaron hasta la policía con aquellos cuyos conflictos se llevaron ante el personal médico/psiquiátrico, y halló que 71% de los del primer grupo pensaron que ellos no necesitaban ayuda externa, mientras sólo un 11% de los últimos toleraron la idea de la intervención externa. Añadido a esto está el hecho de que los policías son los únicos asistentes comunitarios con la autoridad legal (y las armas) para reforzar el cambio durante una crisis. Aunque la presencia de las armas de los policías puede suponerse que facilitará el control en algunas situaciones, en otras, esto puede invitar a la resistencia y, por lo mismo, a incrementar lo peligroso de la situación. El análisis de Horstman (1974) de los ataques a los

oficiales de policía concluyó que la probabilidad de ataque vana de manera directa con la habilidad del oficial en las relaciones humanas, y con el uso apropiado de la autoridad inherente a su papel comotal. Ensuma, la bibliografía ofrece un consenso sobre la dificultad y los altos riesgos implicados en las llamadas por desórdenes familiares, las cuales exigen técnicas de intervención en crisis capaces de una rápida valoración y acción del tipo no requerido usualmente de parte de otros asistentes comunitarios.

Estudios evaluativos

Aunque la mayoría de los oficiales de policía han aprendido a manejar las llamadas por desórdenes mediante el entrenamiento sobre la marcha del trabajo, numerosos programas de entrenamiento federales, estatales y municipales acerca de teoría y tácticas policíacas, ahora incluyen un entrenamiento en el manejo de crisis (Klyver y Reiser, 1983; Mulvey y Reppucci, 1981; Oppenlander, 1982; Pearce y Snortum, 1983; Reid, 1975; Swink y otros, 1984). Quizás el trabajo mejor conocido en esta área es el de Bard (1970) acerca del entrenamiento de la policía de la ciudad de Nueva York para manejar situaciones de crisis familiar. Dieciocho oficiales fueron seleccionados para proporcionar servicios de intervención en crisis las 24 horas del día, los 365 días del año, para un área residencial que contienen a cinco mil familias, mayormente de las clases baja y media baja. Los 18 patrulleros se sometieron a cinco días completos de entrenamiento intensivo cada semana durante un mes, lo que incluyó lecturas, exposiciones audiovisuales y de *role play*, ejercicios de relaciones humanas, y otros semejantes. Por atidadura, se asignó un consultor a cada oficial para que le proporcionara ayuda mediante consultas y por llamada expresa.

Bard evaluó el proyecto a través de seis dimensiones. Se realizó la hipótesis de que, en comparación con un recinto de control, el recinto del proyecto de demostración mostrada una reducción en el número de quejas por desórdenes familiares, el número de repeticiones necesarias para la intervención, de homicidios, ataques, homicidios entre miembros de una misma familia y lesiones contra los polieías. Contrariamente a las expectativas, Bard halló que los resultados en cuatro de estos criterios eran opuestos a aquellos que se predijeron de manera original. El proyecto de demostración tuvo tres veces más quejas por desórdenes que el recinto de control, más casos repetidos e incrementos en los homicidios totales, lo mismo que en los homicidios familiares. Hubo, sin embargo, algunos hallazgos de ataques más en el recinto de demostración que en el de control, y no existieron lesiones denunciadas y sustentadas por los miembros del proyecto de demostración. Durante el mismo periodo, tres patrulleros del recinto de control fueron heridos en el lugar de los hechos de la llamada por un desorden.

Bard sugiere que el aumento en la prontitud de los informes archivados a cargo de los oficiales de demostración contó para un mayor número de quejas por desórdenes y sus intervenciones repetidas; aunque Bard concluyó que la operación del patrullero entrenado en crisis fracasó para tener efecto con cualquier cambio sobre la incidencia en los homicidios totales. Otros han apuntado hacia las fallas de las estadísticas acerca del crimen, por ejemplo, en la variación dentro de las muestras, la susceptibilidad a la influencia de variables externas, al evaluar el impacto de la intervención en crisis a cargo de la policía,

toque implica que los homicidios pueden haber sido ducidos aun en el estudio de Bard., aunque la tasa total creció debido a otras variables (como los disturbios raciales en 1967) (Driscoll, Meyer y Schanie, 1973).

Driscoll y otros (1973) proyectaron su estudio para medir los efectos inmediatos del entrenamiento en intervención en crisis sobre el desempeño de los policías. Doce oficiales del Departamento de Policía de Lewisville recibieron de 5 a 6 horas de entrenamiento, cinco días de la semana, durante ocho semanas, después de las cuales se les asignó a sus obligaciones habituales. Los efectos del entrenamiento se midieron por teléfono con entrevistas a las familias que habían recibido intervenciones a cargo de la policía. Y mediante cuestionarios que se dieron a los mismos policías cuatro meses después que el entrenamiento había terminado. Las respuestas a esos cuestionarios de parte de los oficiales indicaron que éstos tuvieron un mayor conocimiento de los problemas de las familias, y fueron mejor aceptados por los ciudadanos, quienes también fueron más receptivos a las sugerencias de los oficiales. Además, los oficiales informaron de un decremento en el uso de la fuerza, y la creencia de que, como resultado del entrenamiento su efectividad total en las llamadas por desórdenes familiares se habían incrementado. Las entrevistas telefónicas con las familias en sí mismas corroboraron estas percepciones de los oficiales. Los miembros de la familia evaluaron a los oficiales entrenados al demostrar mayor armonía entre estos mismos y los ciudadanos en crisis, y al estar involucrados con los ciudadanos lo cual redundó en un incremento en la satisfacción total de éstos, lo mismo que en un aumento en el respeto hacia los policías.

Muchos otros han seguido la pauta de Bard y sus colegas en el entrenamiento de oficiales de policía para la intervención en crisis (Butt y otros, 1976; Pelps y otros, 1971; Valle y Axelberd, 1977; Wallace y Hrieber, 1977; Walsh y Witte, 1975). Aunque estos artículos no dan cuenta de información evaluativa basada en el seguimiento de las crisis de los ciudadanos, todos ellos demuestran la factibilidad del entrenamiento de los policías en intervención en crisis, y destacan los mejoramientos sobresalientes; en las relaciones entre los policías y tanto los ciudadanos en crisis como también otros instituciones sociales de servicio (Cesnik y otros, 1977).

Modelos de entrenamiento

Existe una considerable variación en la bibliografía acerca de la intervención en crisis en cuanto a la presentación de los contenidos de los programas de entrenamiento. Algunos artículos al respecto han enfatizado la metodología de entrenamiento (el uso amplio de retroalimentación mediante mutaciones y cintas de vídeo, por Bard, 1970, y Driscoll y otros, 1973), o pautas de procedimiento más amplias (Blanton, 1976; Cesnik y otros, 1977). Y algunos ofrecen instrucciones más detalladas para los policías, para que las sigan durante las situaciones de crisis (Goldstein y otros, 1979; Lovmg, 1981a, 1981b). Una persistencia que corre a través de los entrenamientos de los policías, es que debe darse la atención para el mejor uso de la aptitud del oficial para sereno las situaciones, y que los oficiales deben, por encima de todo, dar pasos para reducir el peligro físico (Bard, 1970; Blanton, 1976; Bumett y otros, 1976; Driscoll y otros, 1973; Goldstein y otros, 1979; Henderson, 1976;

Mann, 1973; Phelps y otros, 1971; Phillips, 1975; Reid, 1975; Wallace y Schreiber, 1977; Walsh y Witte, 1975).

Una de las más claras guías paso por paso para la intervención en crisis a cargo de la policía la han desarrollado Goldstein y otros (1979) para el Departamento de Policía de Syracuse. El comportamiento de los policías se estructura alrededor de cuatro tareas principales: observación y protección de las amenazas a la seguridad del oficial, serenar la situación, recopilar información relevante y emprender la acción adecuada. Se instruye a los oficiales sobre cómo aplicar estos cuatro pasos a una amplia variedad de situaciones de crisis, que incluyen las disputas familiares, los trastornos mentales, la intoxicación con drogas y alcohol, la violación y el suicidio.

El modelo de entrenamiento de Blanton (1976) es similar al enfoque de Goldstein y otros, aunque añade una estructura de decisión para asistir a los oficiales de policía al decidir qué estrategia de acción elegir. Los tres primeros pasos del modelo de Blanton -observación de la escena, desactivación de la situación y descubrimiento de los hechos- se equiparan muy de cerca al planteamiento de Goldstein. Según Blanton, al seguir un juicio acerca de si se cometió o no un crimen, el oficial puede lo mismo arrestar al transgresor que escoger una de las otras tres estrategias: mediación, canalización o separación de los adversarios.

El modelo de los primeros auxilios psicológicos que se presentó en el capítulo 6 puede también utilizarse como un marco para la intervención en crisis a cargo de la policía. Esto incluye muchos de los elementos que se hallaron en Goldstein y Blanton, aunque ello da una orientación adicional para los oficiales cuando se trata de elegir pasos de acción, esto es, cuán directiva/controlada es la posibilidad que se adoptará durante una situación de crisis.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS A CARGO DE LOS POLICIAS

Esta sección supone que el lector está familiarizado con los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, como se esbozan en el capítulo 6. Al añadir las estrategias propuestas por Goldstein y otros (1979), nos enfocaremos en la aplicación específica del modelo de los primeros auxilios psicológicos (PAP) a la intervención en crisis a cargo de la policía. Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos pretenden funcionar como un mapa cognoscitivo para lidiar con el rango completo de las llamadas de crisis que reciben los policías.

Planteamiento de la escena

Goldstein y otros (1979) acentúan la importancia de que un oficial se prepare mentalmente antes de intervenir en una situación de crisis. Esto abarca los recuerdos de experiencias anteriores con llamadas similares, anticipar que lo inesperado puede en realidad suceder en esta llamada particular, y formular un plan de acción tentativo. Este "mentalizarse" para la llamada es en realidad una medida preventiva, puesto que las llamadas de crisis representan para la policía una amenaza potencial a la seguridad de los oficiales.

Entanto el oficial plantea el lugar de los hechos, el primer paso es observar y neutralizar las amenazas a la seguridad. Como afirmaron Goldstein y otros:

Con esto queremos decir no sólo deponer las armas obvias, como pistolas y cuchillos, sino también deponer o neutralizar los objetos pesados y arrojables (ceniceros, sillas plegables, etcétera), las tijeras, utensilios de cocina, el agua hirviendo (en una olla sobre la estufa, o en una taza de café), y otros semejantes. También recomendaríamos, de manera rutinaria e inmediata, separar a los adversarios: colocarse usted mismo lejos de ventanas y escaleras; evitar que vuelva usted la espalda a cualquiera de los contendientes; y, lo mismo saber dónde está su compañero y, si es posible, tenerle en realidad a la vista -aun cuando cada uno de ustedes esté con un contendiente diferente en habitaciones distintas (página 13).

Realización del contacto psicológico

El objetivo inmediato de la realización del contacto psicológico, en las llamadas por desórdenes familiares, es reducir las tensiones y dar calma a la situación. Goldstein y otros sugieren que el oficial crea una primera impresión de "autoridad no hostil", lo cual de nuevo resalta una de las diferencias principales entre la intervención en crisis a cargo de la policía y la que está a cargo de otros asistentes comunitarios. Entanto otros consejeros usualmente evitan, al menos en las primeras etapas de la intervención en crisis, adoptar el papel de autoridad, los oficiales de policía no tienen esta opción. Los oficiales uniformados están, por definición, en un papel de autoridad y el asunto esencial entonces se vuelve el cómo se utilizará la autoridad.

Es importante evitar ser lo mismo demasiado blando que demasiado duro. El oficial que de manera muy gentil pide al individuo que haga tal y tal, con frecuencia fracasará en lograr su propósito, porque él ni ha obtenido la atención de la persona en un grado suficiente, ni ha hecho que el ciudadano se sienta lo suficientemente seguro o tranquilo por su presencia. El oficial que inicia su llegada ante un llamado de crisis con una postura demasiado áspera, al apoyarse con mucha fuerza sobre las personas implicadas, puede también fracasar en lograr sus propósitos de serenar la escena y resolver la crisis. De hecho, puede ocurrir justo lo contrario. El nivel de desorden puede incrementarse en realidad, y las amenazas a la seguridad del oficial pueden volverse más presentes en realidad (página 15).

Apartado 12-1

PROTOTIPO DE ENTRENAMIENTO: LA POLICIA

Véase el capítulo 9 con respecto a "Entrenamiento: primeros auxilios psicológicos". para una descripción de los simulacros de demostración y papel que se desempeña. que pueden integrarse a los programas de entrenamiento para los oficiales de policía:

Goklstein y otros proporcionan algunos procedimientos que tienen el potencial para calmar a un ciudadano perturbado.

Demostración de comprensión

Ésta es la empatía que es esencial para los primeros auxilios psicológicos, esto es, hacer saber a la persona, mediante el tono de voz del asistente, sus palabras y expresiones faciales, que éste posee como una comprensión de lo que la persona siente en ese momento. Se pueden utilizar las aseveraciones reflexivas, como las siguientes: "puedo ver cuán enfadado está usted", o, "puedo imaginar cuán aterrador fue eso para usted". El objetivo es evitar tomar partido al apoyar más a una parte que a la otra, o al decir que la posición de uno de los individuos es correcta, pero en cambio mostrar que el oficial escucha lo que la persona dice y siente en ese momento.

Fijación de comportamiento de calma

Puesto que las personas en crisis con frecuencia valoran sus propios sentimientos y la seriedad de la situación, por la manera en que otros reaccionan -en particular alguien nuevo en la escena, tal como el oficial de policía-, es importante que el oficial ejemplifique un planteamiento de calma para la intensa situación. Con simplemente quitarse su gorra y sentarse para conversar con los contendientes en un tono normal de charla, el policía puede aportar una influencia de serenidad a una situación de crisis.

Tranquilización

Esto da un paso más para la influencia tranquilizante; más allá de actuar calmadamente él mismo, el oficial da a la persona en crisis razones por las cuales ésta debería sentirse también más tranquila. El oficial puede expresar confianza acerca del resultado eventual ("usted puede resolver esto"), de la capacidad de otros para ayudar ("los rescatistas de la ambulancia sabrán manejar esto"), o mismo que de la aptitud del policía ("yo he controlado muchos asuntos como éste antes").

Plática para animar

Por cuanto es difícil vociferar, llorar, pelear, etcétera, de manera emotiva mientras, al mismo tiempo, se intenta dar respuesta a una serie de preguntas, entablar otras y hacer plática para animar, es con frecuencia efectivo para apaciguar a la víctima de la crisis. El oficial debería aprender a reconocer aquellos momentos en que es útil estimular a que se hable de la crisis (misma exposición) contra alentar al individuo para que hable acerca de asuntos distintos a la crisis (desviación). Esta decisión puede realizarse después de advertir el efecto que tiene sobre el individuo analizar la crisis. Si se alienta a la persona para que hable acerca de la crisis y esto la altera más, el oficial puede desviar la atención de aquélla hacia la información de fondo que éste necesita para su informe oficial.

Uso de la distracción

Un medio efectivo para calmar a las personas alteradas es desviar su atención hacia modos distintos de pedir información básica. Algunos métodos de distracción son: 1) pedir un favor ("¿puede darme un vaso con agua?"), 2) preguntar algo sin relevancia para la situación ("¿podría decirme dónde obtuvo usted esa

lámpara"), y 3) hacer alguna observación irrelevante para la situación de crisis ("adquirí una televisión de la misma marca, pero he tenido problemas con ella después"). Obviamente, los comentarios y preguntas distractivos tienen sólo un efecto temporal, por lo cual el oficial deberá estar preparado para continuarlos con otros procedimientos tranquilizantes.

Utilización del humor

Con algunos ciudadanos, el humor puede ser efectivo para ayudar a obtener una perspectiva más precisa y menos seria acerca de sus circunstancias y su curso. Este comportamiento puede comunicar al ciudadano que el oficial no está demasiado alterado por lo que sucede, y ello puede con frecuencia calmar las emociones en una crisis que se caracteriza por los sentimientos agresivos.

Goldstein y otros (1979) consideran a los seis métodos de **quilió** esbozados como métodos conversacionales. Al mostrar comprensión, ejemplificar, reafirmar, hablar para animar, o utilizar la distracción o el humor, el oficial intenta calmar al individuo con palabras o hechos planeados para obtener un efecto de tranquilización. En adición a estos seis métodos, existen otras cuatro técnicas tranquilizantes, las cuales pueden emplearse con el ciudadano en estado emotivo. Cuando los métodos conversacionales han probado que no son exitosos, puede ser necesario emplear dos métodos, asertivos para tranquilizar a los ciudadanos en estado emotivo.

Repetir y vociferar

Con frecuencia los individuos en crisis están tan enojados, ansiosos, deprudidos o confundidos, que están sintonizados únicamente con sus propios sentimientos. Estas personas pueden ser indiferentes hacia los sentimientos, menajes y a la presencia de los demás. El oficial puede tener que repetir a menudo algunas veces el "llegar a la meta" con el ciudadano. Cuando la emoción es de ira, un oficial puede tener que vociferar al ciudadano para que lo escuche. Otras acciones como golpear con fuerza una carpeta u otro objeto, con frecuencia tienen un efecto tranquilizante inmediato.

Utilización de la coerción física

Cuando todos los métodos previos de tranquilización han fallado, lo que incluye la repetición y la vociferación, o donde puede considerarse que existe peligro físico, pueden ser necesarios otros métodos para el ciudadano enojado. El oficial debería emplear sólo la fuerza suficiente tanto como sea necesario para cumplir su objetivo. Y evitar la fuerza excesiva. Deberá advertirse que en las peleas familiares no es poco común que una esposa quejosa se vuelva hacia el oficial e intente resistirse al arresto de su esposo, más cuando fue la queja de ella la que, en primer lugar, concitó a los policías.

Habrán crisis en las cuales el tranquilizar a los individuos se maneja mejor con medios distintos de los métodos conversacionales o asertivos.

Utilización de quienes son confiables entre los demás

Un oficial puede solicitar a otro individuo que tranquilice al ciudadano. Esta persona podría ser otro oficial de policía, un miembro de la familia, un vecino, etcétera; quienquiera que sea confiable para el individuo en crisis, puede ser utilizado en esto. Esta acción puede confirmarse como necesaria si la situación de crisis tiene un alto riesgo de mortalidad; cuando existen de 111 \$ados ciudadana

nos alterados implicados como para que el oficial lidie con ellos; cuando la persona está temerosa de la policía; si el individuo habla un lenguaje extraño; y cuando los métodos asertivos y conversacionales no han sido exitosos.

No hacer caso a la persona de manera temporal

El oficial puede colocarse en una situación de crisis en la que no utilizará ninguno de los procedimientos anteriores, pero decidirá tratar con el ciudadano en estado emotivo al no hacerle caso de manera temporal. Las circunstancias que podrían incitar esta acción incluyen amenazas a la seguridad del oficial u otros, los aspectos urgentes de la situación (por ejemplo, un niño que sangra), resguardar el lugar de un mayor daño, etcétera.

Por último, debería advertirse que únicamente mediante la experiencia el oficial de policía puede saber cuál(es) de estos métodos se emplea mejor con cada crisis. El oficial deberá estar familiarizado con cada uno de estos procedimientos de tranquilización y permanecer flexible en el intento de cotejar al mejor método con los diferentes tipos de crisis y personas que encuentra.

Analizar las dimensiones del problema

En el modelo de los primeros auxilios psicológicos (PAP), el análisis del problema a cargo del asistente se encamina a la determinación de cuáles conflictos necesitan atención inmediata y cuáles pueden posponerse. El asistente también determina: a) si el riesgo de mortalidad es alta o baja, y b) si el paciente es capaz de decidir de sí mismo(a) en ese momento, con el fin de que el asistente pueda evaluar cuán directiva debe ser la postura de acción por tomar. Los oficiales de policía deben añadir una tercera dimensión durante el análisis del problema o la fase de descubrimiento de hechos: c) si se ha cometido un crimen o no. Goldstein y otros (1979) sintetizan una variedad de tipos de preguntas y afirmaciones que los oficiales pueden utilizar al recabar información. Cada planteamiento produce, de algún modo, diferente información. Los procedimientos no directivos incluyen:

Preguntas abiertas

Estas son similares a las preguntas de quién, qué, por qué y dónde, de los PAP. Por añadidura a la generación de una cantidad considerable de información, estas preguntas permiten que el individuo deje escapar el ímpetu, con lo cual se desactiva la situación.

Escuchar

No sólo el oficial debe escuchar, también debe dar a los ciudadanos signos de que así lo hace: con un contacto visual, movimientos de cabeza, verbalizaciones como ("veo lo que quiere usted decir", o "puedo comprender eso").

Preguntas cerradas

Las preguntas que pueden responderse con un sí o un no, con una breve respuesta, son cerradas. Son una parte necesaria de la entrevista correspondiente, pero no deberían utilizarse donde serían preferibles las preguntas abiertas.

Replanteamiento del contenido (parafrasear)

Este procedimiento consiste en volver a decir al ciudadano, en palabras distintas de las que éste utilizó, si es posible, la esencia del mensaje. Esto sirve para mostrar al individuo que el oficial pone atención y alienta a la persona a que continúe con su plática.

Reflexión sobre los sentimientos

Donde el replanteamiento del contenido implica la repetición de los hechos según la aseveración de la persona, esta acción se enfoca sobre la expresión de los sentimientos precisos del ciudadano. Por tanto, al captar exactamente lo que el individuo comunica, el oficial debe poner mucha atención a lo que la persona dice y cómo lo dice. Cuando las personas sienten que se les comprende, es más probable que continúen proporcionando información, y esta técnica puede facilitar tal revelación.

Desatención selectiva y uso del silencio

Con frecuencia, una persona agitada o ansiosa inundará al oficial con detalles. Algunas veces esta información es irrelevante para éste, en la búsqueda de efectuar la acción apropiada, o puede ser relevante, pero es más de la que el oficial necesita en ese momento. Cuando se encara con un ciudadano que habla demasiado y es difícil tenerlo en el hilo de la conversación, el simple dejar de poner atención a los comentarios excesivos o irrelevantes, es con frecuencia un medio efectivo para aquietar la andanada verbal.

Estimulación y uso de proposiciones explícitas e implícitas

Con frecuencia las personas bajo una tensión extrema se volverán desorganizadas y confundidas en su habla y pensamiento. Bajo estas circunstancias las preguntas simples como "¿qué pasó aquí?", pueden producir respuestas divagantes, erróneas. El oficial necesita por tanto plantear preguntas muy concretas. El planteamiento global debería ser el de un individuo paciente que escucha, pregunta y reflexiona, quien en la entrevista con una pregunta a la vez. Al combinar este método con procedimientos adecuados de tranquilización, es probable que se reduzca la confusión del ciudadano y se produzca una información más precisa.

Revelación acerca de uno mismo y uso de la proximidad

Las personas tienden a revelar más acerca de sus pensamientos, temores, sentimientos y trasfondos cuando otros hacen lo propio con información similar acerca de sí mismo. Con frecuencia se llama al oficial de policía para que acuda a situaciones de crisis en las que la revelación acerca de uno mismo puede ser una técnica de entrevista útil. Goldstein y otros subrayan, sin embargo, que existe una distinción importante entre la revelación acerca de uno mismo en privado y la que es en público, delante de un oficial que contesta. La revelación acerca de uno mismo en privado, en la cual el oficial manifiesta información privada, personal acerca de sí mismo (la propia historia marital del oficial, episodios de depresión, etcétera), no se considera un adecuado procedimiento de entrevista. La experiencia indica que este tipo de revelación acerca de sí mismo tiende a rebajar al oficial a los ojos del ciudadano y fracasa en el incremento de una mayor apertura por parte del ciudadano. Sin embargo, la revelación acerca de sí mismo en público, en la cual el oficial puede de manera útil relatar.

experiencias públicas que ha tenido y que son relevantes para la entrevista acerca de la crisis (cuestiones acerca de lugares visitados, tipos de gente con la que se ha tratado, etcétera), es una técnica apropiada.

El uso de la proximidad se refiere a los efectos de los comentarios positivos del oficial acerca de un área amplia de apertura del ciudadano. Un ejemplo de proximidad sería: "puedo decir, a partir de lo que ha dicho, que usted está haciendo un gran esfuerzo".

Confrontación

La confrontación puede ser una técnica de entrevista en la cual el oficial hace notar las discrepancias entre dos aseveraciones que ha hecho el ciudadano (discrepancia de contenido) o entre algo que éste ha dicho y la manera en que lo dijo (discrepancia de contenido contra emoción).

Exigencia

Si el ciudadano es muy hostil, reticente, o si se juzga que el riesgo de mortalidad es alto, puede ser necesario que el oficial emplee esta técnica. La exigencia requiere que el oficial instruya con firmeza al ciudadano acerca de lo que debe hacer, y que lo haga inmediatamente.

Exploración de posibles soluciones

Al asumirse que el oficial de policía ha sido llamado porque las soluciones que se presentaron con anterioridad fallaron, es importante preguntar a ambas partes **cuáles** que es lo que se ha intentado, y poner a los ciudadanos a generar posibles opciones para la resolución de la crisis. Lo mismo si se habla con los adversarios juntos o separados, la pregunta fundamental es "¿qué quieres hacer/que paso aquí?" y "¿cuáles son algunas posibles soluciones?" Las alternativas sugeridas/impuestas por el oficial con frecuencia serán rechazadas, a menos que los **ciudadanos** hayan tenido una oportunidad para ofrecer sus propias ideas. También, al devolver el asunto de las soluciones a los ciudadanos, el oficial da un mensaje implícito de confianza en los contendientes, y fortalece sus capacidades de toma de decisiones, las cuales pueden parecer muy ocultas al calor de la crisis.

Realización de acción concreta

Si la mortalidad es baja, b) el ciudadano es apto física y psicológicamente (no incapacitado por las drogas, el alcohol o la psicosis) y c) aún no se ha cometido un crimen, entonces el oficial puede asumir una actitud "facilitante" con el ciudadano(s) encendido(s). Mientras el modelo genérico de los PAP (capítulo 6) pide un rango de comportamientos del asistente que van de las polémicas/apoyo verbal al consejo, la intervención en crisis a cargo de la policía este rango se redefine como mediación, por un lado, y negociación u orientación, por el otro (cuadro 12-1).

Mediación

El principio fundamental detrás de la mediación es una estrategia de acción en la que es más probable que las personas se guíen por soluciones que ellas

concibieron, que por aquellas impuestas por alguien más. El planteamiento básico para el oficial es asistir a los contendientes para que lleguen a su propia solución del problema. Un par de oficiales podría hablar primero con cada uno de los contendientes por separado, y luego juntos. La meta para éstos es concebir soluciones analizarlas desde distintos puntos, y por último llegar a un paso de acción (o acuerdos) tomado de mutuo acuerdo. Estos pasos pueden incluir una sugerencia acerca de dónde pasará la noche una de las partes, una decisión para buscar orientación matrimonial por la mañana, un acuerdo acerca de cómo se gastará el dinero en los próximos días, y así sucesivamente.

Retomando lo abordado en un seminario sobre intervención en crisis en Aorida,* Goldstein y otros sugieren algunas pautas para guiar la mediación:

1. Si es posible, utilice la mediación como su primer planteamiento para la intervención en crisis.
2. Informe a los ciudadanos que usted no puede resolver sus problemas, que ellos deben hacerlo por sí mismos.
3. Evite sugerir soluciones.
4. Deduzca las sugerencias a partir de los ciudadanos, en cuanto a cómo pueden solucionarse los problemas de éstos.
5. Coteje cada propuesta con el otro contendiente, hasta que exista aceptación o compromiso.
6. Evite el criticar las soluciones de los ciudadanos, incluso si no está usted de acuerdo con ellas.
7. Proporcione estímulo a los ciudadanos, para que sigan adelante.

Negociación

Goldstein y sus colaboradores consideran la negociación como más directa que la mediación; abarca la sugerencia de soluciones o compromisos y asistir de modo activo a los ciudadanos en la elección de un rumbo a seguir. Como con la mediación, los oficiales pueden hablar con cada parte por separado, y después reunir a ambas para una sesión de negociación. Cada oficial asiste a los cónyuges en la negociación, siguiendo los pasos de Goldstein, Sprafkin y Gershaw (1976) para la negociación exitosa:

1. Manifieste su posición.
2. Haga saber su comprensión de la posición de la otra persona.
3. Pregunte si la otra persona está de acuerdo con la declaración de la posición de usted.
4. Escuche de manera abierta (no a la defensiva) la respuesta correspondiente.
5. Proponga un compromiso.

Orientación

Como la más directa de las actitudes facilitantes que puede adoptar un oficial, la orientación incluye no sólo asistir a los adversarios en la comprensión de sus sentimientos y expectativas, sino también ofrecer sugerencias y dar consejo acerca de qué pueden hacer los contendientes para resolver el problema. La

*Oficina del alguacil, seminario de intervención en crisis, Jacksonville, Florida, 1975, en Goldstein y otros, 1975, página 29 a la 31.

Cuadro 1Z-1. Primeros auxilios psicológicos a cargo de la policía

ACERCAMIENTO A LA ESCENA			
Reflexionar sobre la experiencia anterior en llamadas similares			
Anticipar lo inesperado			
Conformar un plan de acción tentativo			
CONTACTO	DIMENSIONES DEL PROBLEMA	POSIBLES SOLUCIONES	
Demostración de comprensión	Preguntas abiertas	Posibles tentativas de solución	
Ejemplificación de comportamiento tranquilo	Escuchar	Éxitos y fracasos	
Plática alentadora	Preguntas cerradas	Alternativas posibles	
Utilización de la distracción	Replanteamiento del contenido		
Utilización del humor	Reflexión acerca de los sentimientos		
Repetición y vociferación	Desatención selectiva y uso del silencio		
Utilización de la coacción física	Incitación		
Utilización de quienes sean confiables entre los demás	Revelación acerca de uno mismo y proximidad		
No hacer caso de manera temporal	Confrontación		
	Exigencia		
PASOS DE ACCIÓN			
Si:	Si:		
• La mortalidad es baja;	• La mortalidad es alta;		
• La persona puede actuar en su propio beneficio; y	• La persona no puede actuar en su propio beneficio; o		
• No hay comisión de crimen	• Se cometió un crimen		
Después, la actitud recomendada, que va:	Después, la actitud directiva, que va:		
De:	A:	De:	A:
El análisis/el apoyo verbal (mediación)	El consejo (gestión, orientación)	La movilización activa de recursos (canalización)	El control (aprehensión, hospitalización, arbitraje)
SEGUIMIENTO			
Nombre, número telefónico, domicilio de los contendientes			
Ac de que el ciudadano volverá a llamar, o de que el oficial de policía, el trabajador de la salud mental, el éter, volverá a llamar			

"consejería", como la definen Goldstein y sus colaboradores, se funde con el "dar consejos" en los PAP, y se ofrece cuando las estrategias de mediación y negociación no llegan a ayudar a los adversarios para adoptar una acción adecuada.

Si el riesgo de mortalidad se evalúa como alto, si la persona está incapacitada en lo físico o lo psicológico para cuidar de sí misma, o si se ha cometido un acto delictivo, entonces el oficial asume una actitud directiva en los primeros auxilios psicológicos. Como indica el cuadro 12-1, las estrategias iniciales, llamadas "movilización activa de recursos" en el modelo de los PAP, implican la remisión a otras instituciones. Esta remisión tiene lugar únicamente después de que se ha identificado el problema, y su éxito descansa sobre la familiarización del oficial con las instituciones comunitarias. Goldstein y sus colaboradores (1979) ofrecen las siguientes pautas para incrementar la probabilidad de que sean exitosas las canalizaciones por parte de la policía:

1. Haga saber al ciudadano que usted comprende su problema de crisis, y sus sentimientos acerca del mismo.
2. Diga al ciudadano que las posibilidades son buenas en cuanto a que la institución a la cual a usted le gustaría remitirlo pueda ser de ayuda con respecto al problema de crisis.
3. Dé al ciudadano, por escrito, la información adecuada sobre la referencia, y asegúrese de que la comprende. Utilice una tarjeta de referencia para "números telefónicos de urgencia".
4. Lidie con cualquier resistencia del ciudadano a la canalización; por ejemplo, hable de que la mayoría de las instituciones atienden a las personas de todos los niveles de ingresos.
5. Si es posible, haga que el ciudadano llame a la institución respectiva cuando esté usted presente todavía.
6. Si el ciudadano está demasiado perturbado o de alguna otra manera incapacitado para llamar a la institución apropiada, obtenga de él el permiso para que usted realice la llamada, y así sucesivamente.
7. Si las circunstancias hacen inadecuado para usted o el ciudadano el telefonar a la institución en el momento en que usted responde al llamado por una situación de crisis, obtenga un compromiso por parte del ciudadano (u otra persona que esté presente en la escena de la crisis) para que se contacte a la institución lo más pronto posible (página 22).

En las situaciones más extremas, el oficial da pasos para asegurarse de un resultado particular, para controlar la situación. Las estrategias aquí se adoptan únicamente después de que todo se ha hallado como inadecuado (la mediación, la negociación, la orientación, la remisión). En este punto, el oficial puede comprometerse en un arbitraje o dar pasos físicamente para controlar/proteger a los ciudadanos al realizar una aprehensión, o al conducir a una persona a un cuarto de urgencias de un hospital, para una valoración y posible hospitalización. El arbitraje implica que un tercero tome decisiones por los contendientes. En el entorno de la crisis ello significa que cuando las medidas previas se han confirmado como inadecuadas, el oficial de policía repasa la situación (las fortalezas y debilidades de las posibles soluciones), consulta con su compañero, toma una decisión, y de manera autoritaria dice a los ciudadanos qué tienen que hacer. Goldstein y sus colaboradores hacen notar que el arbitraje es la menos

"El modelo de una combinación del modelo genérico de los primeros auxilios psicológicos (capítulo de la policía. El entrenamiento (Goldstein y otros, 1979) para la intervención en crisis a cargo

deseable de las alternativas de acción disponibles, puesto que la misma provoca un alto porcentaje de llamadas para que los policías regresen, es probablemente el más peligroso de los planteamientos disponibles y, por tanto, debería utilizarse únicamente como un último recurso.

Un enfoque directivo que va aún más allá del arbitraje es que los oficiales pongan en orden la disputa al dar paso para que, físicamente, se controle el ambiente para el ciudadano; por ejemplo, al poner a la persona en la cárcel o en un hospital. La transgresión de la ley es un prerrequisito para lo primero, y el "peligro inminente" hacia sí mismo o los demás, para lo segundo (capítulo 6).

Seguimiento

Como con los contactos de los PAP, el objetivo del seguimiento en la intervención en crisis a cargo de la policía es hallar si el conjunto de los pasos de acción que se puso en movimiento durante la intervención, tuvieron el efecto que se pretendió, en los días subsiguientes. En tanto que los oficiales por sí mismos con frecuencia no tendrán el tiempo para conducir el seguimiento, ellos aún pueden concluir cada contacto de los PAP con la expectativa de que ocurrirá el seguimiento. Si la disputa se ha resuelto de una manera exitosa mediante la intermediación o la negociación, por ejemplo, el oficial puede pedir al(los) contendiente(s) que llame de nuevo al día siguiente, para que le hagan saber cómo van las cosas y, en particular, si la canalización funcionó como se esperaba. Este procedimiento no necesita tomar mucho del tiempo del oficial; la simple verificación de los mensajes recibidos en el día que se fijó pueden permitirle recontactar por teléfono para revisar el progreso. Según la naturaleza de la vinculación con otras instituciones comunitarias, los trabajadores de éstas pueden dirigir el seguimiento después de las llamadas a la policía por desórdenes familiares.

CONCLUSIÓN

Aunque existe consenso en la bibliografía respectiva en cuanto a que los policías necesitan tener habilidades para manejar las crisis, la idea de que las llamadas por crisis no son "verdaderos" asuntos de la policía, todavía prevalece en algunas jefaturas, y puede obstruir el desarrollo de un programa de entrenamiento exitoso (Bard, 1970). Nuestra visión es que el éxito de cualquier programa de entrenamiento dependerá no simplemente de qué se les enseñó a los oficiales, sino también del alcance al cual los entrenadores encauzan numerosas variedades interdepartamentales.

1. Contra la idea de que el trabajo de crisis es una obligación "extra", el mismo puede incluirse como un componente de cada entrenamiento para oficiales de policía, en lugar de restringirlo a las unidades especiales (Driscoll y otros, 1973). Como mínimo, cada oficial de policía tiene el deber de comprender las crisis vitales, para que no lo socorrenda el comportamiento irregular del ciudadano/familia en crisis. De mane-

ra similar, cada oficial, lo mismo si emplea una gran cantidad de tiempo o no para trabajar con los ciudadanos en crisis, debería ser consciente de cómo las tácticas descritas anteriormente pueden utilizarse para desactivar las situaciones intensas. Al incluir un riguroso y bien definido componente de entrenamiento para crisis con el de otras áreas, como el uso de armas, es posible minimizar el aura de algo no policiaco para el trabajo de crisis.

2. Todos los niveles de los sistemas de manejo de los policías deberían tener injerencia en los programas sobre estrategias para sí mismos. Los oficiales de policía por sí mismos deberían involucrarse en la educación de programación, en lugar de relegar el entrenamiento para sí mismos al personal de salud mental externo a la jefatura. Mucho del éxito de los programas de entrenamiento mencionado en este capítulo descansa sobre el hecho de que los oficiales de policía estuvieron directamente involucrados en el proyecto y ejecución de los mismos.
3. En la planeación de servicios para crisis, necesita ponerse énfasis sobre las recompensas inherentes al manejo de la crisis efectiva. Los oficiales necesitan entender que el uso efectivo de las estrategias para sí mismos durante los llamados por desórdenes familiares, por ejemplo, puede reducir, en lugar de incrementar, la cantidad del tiempo empleado en estos asuntos, lo cual los libera para proseguir con otros casos relacionados con la delincuencia. De manera similar, el hecho de que el entrenamiento para intervención en crisis se encamina no sólo a ayudar a los ciudadanos, sino también a reducir las contingencias policíacas, debería ser un estímulo para buscar entrenamiento para crisis. Por último, al reconsiderar los criterios para los ascensos en las jefaturas de policía, debería ser posible contar con recompensas para el efectivo trabajo de crisis.

Más allá de estas consideraciones internas en las jefaturas, para que la intervención en crisis a cargo de los policías sea exitosa, se necesitará recompensar mutuamente las relaciones de trabajo con otras instituciones de salud mental y de servicio social. La experiencia en muchas comunidades es que los oficiales de policía y los trabajadores del área de la salud mental pueden ayudarse mutuamente, aunque se necesita una buena cantidad de trabajo y diálogo para definir de manera precisa cómo tendrá lugar esto. Cesnik y sus colaboradores (1977) roncibieron un puesto de policía como Coordinador del Servicio Social, para funcionar como un vínculo entre la jefatura de policías y las instituciones de salud mental. Otras consideraciones incluyen lo siguiente:

1. En cada comunidad debería haber, al lado de la cárcel de la ciudad condado, un lugar en el que los oficiales puedan llevar a los ciudadanos para una valoración y posible hospitalización de corto plazo. Es desafortunado que, en muchas comunidades, los hospitales públicos no estén provistos con cuartos de retención para la observación psiquiátrica, y que los oficiales deban, en cambio, poner en la cárcel a los ciudadanos que requieren hospitalización.
2. El enlace telefónico -con 911 sistemas- puede funcionar como una conexión entre la policía, las líneas telefónicas de urgencia de 24 horas

y las salas de urgencia, para de este modo coordinar los servicios para los ciudadanos en crisis.

3. Los centros de salud mental pueden ofrecer consulta a los policías acerca del manejo de los llamados por crisis, aunque la cobertura necesitará incluir las noches y los fines de semana, periodos en los que muchos de los servicios públicos de salud mental no están en operación. La rotación de horarios, ulifiando con frecuencia al personal de servicio social emplazado en las salas de urgencias de los hospitales, es una manera de mantener el apoyo de 24 horas para los policías que responden a los llamados por crisis.
4. Uno de los servicios más útiles que podrían proporcionar los centros de salud mental y otros servicios sociales es asistencia en el seguimiento de los llamados por crisis. En las líneas telefónicas de urgencia, por ejemplo, existen con frecuencia periodos de distensión durante el día, cuando unas pocas personas lloran, momentos durante los cuales los consejeros podrían hacer llamadas telefónicas de seguimiento a las familias que recientemente estuvieron implicadas en crisis. De este modo, los llamados a la policía por desórdenes pueden conducirse de modo natural a un alcance externo a cargo de otras instituciones de salud mental. Aparte de ayudar a las familias en crisis, esta cooperación es un paso hacia el fomento de las buenas relaciones entre la policía y las instituciones de servicio social.

Por último, existen numerosas oportunidades para una más amplia investigación acerca de la intervención en crisis a cargo de la policía. Las evaluaciones de los programas de entrenamiento son posibles con la utilización del marco de investigación descrito en el capítulo 21 de este libro. El seguimiento telefónico con los ciudadanos después de la intervención a cargo de la policía puede medir tanto el funcionamiento actual como también la evaluación del ciudad. L. L. no en cuanto al desempeño del policía a través de varias dimensiones específicas. (Capítulo 21 para la discusión de las cuestiones del resultado después de los primeros auxilios psicológicos.) Por añadidura, varios elementos de la importante investigación de Bard (1970) y Driscoll y otros (1973) necesitan rehacerse; por ejemplo, en cuanto a que el entrenamiento para crisis puede reducir la frecuencia de las heridas a los oficiales durante las llamadas por desórdenes. La confirmación de esta hipótesis podría fortalecer aún más el argumento en pro de la asignación de recursos para el entrenamiento en intervención en crisis para los policías. •

Intervención en crisis a cargo de las enfermeras y otros profesionales de la salud

David S. Siegel
Karl A. Slaikeu
Gordon M. Kimbrett

La intervención en crisis a cargo de las enfermeras y otros profesionales de la salud es un campo de investigación que se ha desarrollado rápidamente (Drownell, 1984; Regan, 1982). Como se analizó en el capítulo 4 ("Las crisis circunstanciales"), las enfermeras tienen un acceso fácil a los individuos y sus familias que están batallando con las reacciones de crisis asociadas con las heridas físicas y la enfermedad. Como miembros del equipo de tratamiento médico, las enfermeras están presentes cuando los pacientes escuchan acerca de la existencia y las implicaciones de un amplio rango de la enfermedad o las heridas. Es en este punto que pueden otorgarse los primeros auxilios psicológicos. Las enfermeras y otros miembros de los equipos del cuidado de la salud (médicos, trabajadores sociales, terapeutas físicos, consejeros de rehabilitación y capellanes de hospitales) tienen un contacto continuo con los pacientes durante el curso de una enfermedad y están, por tanto, en una posición única para rastrear el proceso de la resolución de la crisis y para hacer importantes intervenciones en el mismo.

Un segundo punto de contacto por parte de las enfermeras y otros profesionales de la salud implica las cuestiones somáticas correlativas a todas las crisis. Cualquiera que esté implicado en la atención de primer nivel puede atestiguar el alto porcentaje de pacientes que presentan síntomas físicos (y piden un tratamiento "médico"), relacionados con incidentes determinantes de la vida. [Véase el capítulo 2 con respecto a la relación entre los incidentes de la vida y la enfermedad física (Holmes y Ralle, 1967).] El reto para el equipo para el cuidado de la salud es, en estos casos, diagnosticar de manera apropiada la relación entre los síntomas físicos y las crisis vitales (como el divorcio, el desempleo, la migración o lo que sea) y realizar recomendaciones de tratamiento o canali-

zaciones a la terapia para crisis, las cuales son congruentes con los principios de la efectiva resolución de la crisis.

Es desafortunado que el progreso de los años recientes en cuanto a la comprensión de la relación entre los problemas psicológicos y la enfermedad física no se haya acompañado por un incremento correspondiente en el entrenamiento para profesionales de todas las áreas del sistema para el cuidado de la salud con respecto al manejo de las crisis de sus pacientes. Las enfermeras y los trabajadores sociales de manera usual reciben al menos algún entrenamiento teórico en intervención en crisis, mientras están en las escuelas de grado; y todavía, muchos otros miembros del personal de los hospitales no han sido entrenados de manera adecuada y no se sienten cómodos al tratar con pacientes que sufren crisis reactivas. Por añadidura, como lo informó Zind (1974), atender y tratar con el componente emocional de los problemas de los pacientes no siempre se considera una alta prioridad en el sistema hospitalario. Son los aspectos técnicos y orientados hacia una tarea en el trabajo de apoyo los que con frecuencia son más minuciosamente analizados. Consecuentemente, el airado, crítico, exigente o sollozante paciente puede ser deliberadamente excluido o evitado por el personal del hospital. Por ello, aun en los casos en los que los miembros del personal están entrenados, el sistema hospitalario puede interferir con la adecuada asunción por parte de éstos del papel para la intervención en crisis.

Primero repasaremos la creciente bibliografía acerca de la intervención en crisis en tomo de problemas que comienzan principalmente como preocupaciones médicas, y ello incluirá una sección acerca de discapacidad crónica. Continuaremos esto con sugerencias para futura investigación, lo mismo que con pautas generales y propuestas para el uso del modelo de crisis por parte de las enfermeras y profesionales de la salud que tratan con el rango completo de las crisis circunstanciales y para el desarrollo.

REPASO A LA BIBLIOGRAFÍA

Enfermedad crítica o trauma en la unidad de cuidado intensivo

Existen muchos tipos de unidades de cuidado intensivo (UCI, que se especializan en proporcionar cuidado de alto nivel técnico a los pacientes enfermos o heridos de manera grave. Los pacientes que se admiten en estas unidades están, de modo invariable, en medio de una crisis multifacética. El núcleo de la crisis es la confrontación con la amenaza al cuerpo de uno (como la pérdida de una función, la desfiguración o aun la muerte). Este abrumador ataque al sentido de la imagen corporal también se acompaña por intensos sentimientos de indefensión, dependencia y humillación.

Muchos escritores han hecho notar que el principal ambiente para la UCI puede volverse un peligro emocional para el paciente (Kuenzi y Fenton, 1975; Rosen, 1975; Schnaper y Cowley, 1976; Williams y Rice, 1977). El impacto de tal ambiente lo han descrito Hay y Oken (1972):

De modo inicial el mayor impacto proviene de la intrincada maquinaria, con sus luces destellantes, el monitor zumbante y con sonidos agudos. las gorgoteantes bombas de succión y los silbantes aparatos de respiración artificial... Seres humanos desesperadamente enfermos, demacrados y dañados. son enganchados a esa maquinaria. Y. por añadidura al estímulo mecánico, uno puede percibir los lamentos. llantos, gritos y los últimos resuellos de la vida. Panoramas de sangre, Vómitos y excrementos, genitales al descubierto, cuerpos consumidos y mutilados y de personas inconscientes y desvalidas agreden al entendimiento (página 110).

De modo obvio, ésta es con frecuencia una experiencia aterradora y llena de tensiones para el paciente, lo mismo que para la familia. Algunas veces los pacientes se encuentran así mismos en una UCI después de haber estado en coma o semiinconscientes. Otros pacientes han sido medicados de manera que sus percepciones de lo que pasa con ellos y su alrededor, está distorsionada. Y aun, otros pacientes traumáticos despiertan y tienen amnesia acerca de los acontecimientos asociados con su hospitalización (Schnaper y Cowley, 1976). Vanas secuelas psicológicas para el traumatismo y la enfermedad grave se han notificado en las UCI (Crupie, 1976; Keily, 1976; Schnaper y Cowley, 1976; Sund, 1976; Weisath, 1976). Estagamade estados de agitación, ansiedad, temor, delirio y depresión de las reacciones de apariencia psicótica, que incluyen los delirios y las alucinaciones. Es muy probable que los efectos ambientales de las UCI, como son la sobreestimulación; la pérdida del sueño, la capacidad sensorial y la pérdida de la percepción de los cambios del día pueden desempeñar un papel en la precipitación de esta clase de reacciones.

Los miembros de la familia del paciente de UCI también probablemente estén en crisis, y de este ambiente puede esperarse que les añada tensión por igual. Confrontados con la posible pérdida de un ser querido, la familia puede también estar bregando para adaptarse en lo estructural con la ausencia de un miembro significativo de la misma (Minuchin, 1974a). Como lo destacan Williams y Rice (1977), el desequilibrio resultante en el sistema familiar constituye una crisis importante. Los miembros de la familia deben tratar con una multitud de profesionales de la salud, quienes están ocupados con responder de modo rápido y técnico a complicadas situaciones de vida o muerte. Se encuentran a sí mismos en un ambiente tenso en extremo, rodeados por un equipo y por personas que desempeñan tareas que se comprenden únicamente, si es que ello sucede en lo absoluto, de manera vaga.

Kuenzi y Fenton (1975) han presentado algunos principios generales de la intervención en crisis para las enfermeras que lidian con pacientes en las UCI. Estos principios ponen énfasis en la importancia de la comunicación:

Al paciente debería dársele información frecuente acerca de su estado y progreso. Todas las actividades de las enfermeras y otro personal de la salud, que de manera directa o indirecta afecta al paciente, deberían explicarse de un modo adecuado. Debería explicarse todo acerca del equipo utilizado y el propósito del mismo, y deberían contestarse todas las preguntas (página 832).

Kuenzi y Fenton (1975) también sugieren que las enfermeras desempeñen un papel activo en la discusión con el paciente acerca de distintas preocupaciones con respecto a la muerte, la desfiguración del cuerpo. las condiciones de otros pacientes cercanos y el proceso de recuperación.

También se ha descrito la intervención con las familias de los pacientes de UCI (Epperson, 1977; Kuenzi y Fenton, 1975; Williams y Rice, 1977). Epperson informa que las familias de manera típica pasan por un proceso de recuperación de seis fases, antes de recuperar el equilibrio: gran ansiedad, negación, ira, remordimiento, duelo y reconciliación. Estas fases son similares a aquellas referidas por Kuenzi y Fenton en el trabajo de éstos con familias de las víctimas de traumas, en las cuales un secuencia típica incluyó negación, conmoción, incredulidad, ira, depresión y resolución.

Williams y Rice han incitado a los trabajadores sociales a emplear técnicas para ayudar a los miembros de la familia a comprender y, de modo preciso, percibir los acontecimientos en las UCI, expresar los sentimientos, enfrentarse a los problemas de una manera más efectiva y movilizar los sistemas de apoyo. Es muy importante establecer líneas efectivas de comunicación entre las familias y el personal. Los trabajadores sociales pueden desempeñar un papel vital al explicar a las familias las polémicas con los médicos y al impedir o corregir malas interpretaciones acerca de la condición del paciente.

Los miembros de la familia se enfrentan con sus sentimientos de diferentes maneras. El personal de la UCI necesita comprender que los miembros de la familia pueden desahogar su ira contra ellos, y deben aceptar el hecho de que ésta será una de las maneras en que la familia maneja sus temores por la vida del paciente, y por su propia indefensión. Los que intervienen en la crisis pueden ser útiles para ayudar y permitir a los miembros de la familia que expresen éstos y otros sentimientos difíciles.

Cirugía

Los pacientes que han sido hospitalizados con el fin de que se les realice una cirugía, de manera usual experimentan ansiedad antes y después de que se proceda a ella. Por esto, y por la cirugía (como algo determinante), que con frecuencia es un acontecimiento predecible, se han hecho esfuerzos para intervenir con los pacientes, con el fin de facilitar el enfrentamiento. La intervención en crisis con pacientes de cirugía ha generado un gran número de informes clínicos e investigaciones empíricas.

Algunos informes se han enfocado sobre las intervenciones suministradas a los pacientes en el hospital, antes de intervenirlos quirúrgicamente (Auerbach y Kilmann, 1977; Wise, 1975). Por ejemplo, Wise dio parte de las intervenciones pre y posoperatorias con una niña de ocho años. Antes que comenzaran cualesquiera intervenciones con la niña, las enfermeras valoraron el potencial de la familia para salir adelante por la inminente cirugía. Las intervenciones con la niña fueron consideradas como pertenecientes a dos categorías: orientación anticipatoria y apoyo al yo. La orientación anticipatoria implicó el esclarecimiento de cualesquiera concepciones erróneas o malos entendidos acerca del acontecimiento inminente, proporcionar información acerca de qué esperar en el periodo posoperatorio y facilitar la expresión de sentimientos. En un punto, la niña se puso muy ansiosa al recibir las inyecciones en la parte superior de su muslo. Cuando las dimensiones se exploraron de este problema, se hizo aparente que la chica había sido acostumbrada a recibir las inyecciones sobre sus asentaderas, y creía que, al ponérselas sobre el muslo, esto le causaría parálisis. La enfermera manejó la situación al darle apoyo y tranquilidad, y al animarla a

ejecutar alguna acción concreta para poner a prueba su concepción errónea: se incitó a la niña a moverse y caminar por el lugar, después de la inyección en el muslo. En otro punto, se hizo una visita preoperatoria a la niña en la UCI, donde ella observó y operó los monitores cardíacos, las cámaras de vapor, los catéteres de Foley y otros artefactos que la sustentarían a ella misma, más tarde. En el periodo posoperatorio, la niña se mostró orgullosa de conocer todo acerca de los usos y funciones del equipo, y parecía haber obtenido un título de maestría en la UCI después de su cirugía.

Dentro del apoyo al yo, Wise incluyó actividades como permitir a la niña que fuera dependiente de manera inicial, y después, gradualmente, alentarla para aumentar su independencia y responsabilidad por la recuperación. La niña sabía que podría ejercer algún control sobre el proceso de recuperación, si de manera activa, ayudaba en movimientos, tosidos y respiración profunda del periodo posoperatorio y otros. Se apoyó y se alentó para que se fuera a la escuela. La niña parecía estar bien preparada para la cirugía y sus secuelas, al haber sido ayudada por las intervenciones profesionales para reducir al mínimo lo inesperado, lo desconocido, lo tensionante y lo aterrador.

El impacto de la cirugía con frecuencia no termina cuando se ha completado el procedimiento. Las secuelas con frecuencia se asocian con una gran cantidad de tensión, y el periodo de recuperación en sí mismo puede ser un terreno fértil para las crisis vitales. La tensión posterior a la cirugía ha sido investigada por Lewis y otros (1979). Ellos compararon dos grupos de pacientes: uno que había sufrido una cirugía exploratoria por una posible malignidad, y otro que había tenido una cirugía menos grave. Ambos grupos resolvieron numerosas pruebas psicológicas, que incluyeron la Escala de Ansiedad-Rasgo Estado de Spielberger, el Inventario de Autovaloración de Depresión de Wakefield, la Colocación Interna-Externa de la Escala de Control, la Escala de Autoconcepto de Rosenberg y la Escala de Crisis de Halpem. Se suministraron las pruebas cuatro veces, la noche anterior a la cirugía y, a partir de entonces, en intervalos de tres semanas. El grupo de cáncer mostró mayor aflicción psicológica en cada prueba en las siguientes ocho semanas después de la cirugía. Otros datos del seguimiento sugirieron que los pacientes podrían haber estado en crisis tanto como 28 semanas después (Belfer y otros, 1979; David y Barrit, 1977).

Smith y Salazar y Stark (1972) han descrito un programa de intervención en crisis otorgado por un patólogo del habla y un trabajador social para pacientes de laringotomía. Ambos identificaron cuatro acontecimientos determinantes desde el momento en que se recomienda la laringotomía y durante las fases que alteran la descarga posoperatoria. El primer acontecimiento pleno de tensión ocurre cuando se le dice al paciente que tiene cáncer en la laringe y que necesita que se extirpe ese órgano. La conmoción de una malignidad y la amenaza de muerte pueden ser más importantes que el medio de comunicación vocal debe abandonarse. El segundo acontecimiento pleno de tensión ocurre después de la cirugía, cuando se confronta al paciente con el impacto de la verdadera pérdida de la voz y la alteración en los patrones de respiración. Otro conjunto de ajustes ocurre cuando se habla al paciente con la salida de los confines protectores del hospital. El paciente y su familia con frecuencia tienen preocupaciones acerca de si el cáncer se ha extraído por completo, y acerca de si ellos pueden tratar de manera adecuada la preservación de la salud en casa, sin ayuda inmediata. Por último, el paciente encara ajustes

plenos de tensión en las semanas siguientes a la convalecencia. Por este tiempo, el paciente ha comenzado a reaccionar al impacto interpersonal que su discapacidad tiene sobre los demás. Además, la familia y los amigos pueden volverse menos atentos y preocupados al respecto.

En el estudio de Sanchez-Salazar y Stark, las intervenciones se otorgaron en cada uno de estos puntos críticos. Además a las intervenciones pre y posquirúrgicas que proveyeron apoyo e información, el contacto posterior a la salida del hospital se mantuvo de numerosas maneras. Se realizó una visita domiciliar a cargo de una enfermera 2 o 3 días después de la salida del hospital, con la finalidad de dar apoyo a la familia, evaluar problemas psicológicos potenciales y cerciorarse de que el equipo se utilizaba de manera apropiada. Si surgían problemas emocionales, un trabajador social hacía visitas adicionales. El paciente también comenzaba un programa de lecciones de terapia del habla para pacientes externos, y se le invitaba a acudir a las reuniones del "Club de la Cuerda Perdida" (un grupo de personas sometidas a la laringotomía que proporcionaba apoyo y aliento, y compartía sus experiencias con los nuevos miembros). Además, para aquellos pacientes que pasaban por un periodo de adaptación particularmente difícil, la terapia breve de interacción en grupo se proporcionó conjuntamente con la terapia individual del habla. El trabajador social y el terapeuta del habla funcionaron como coterapeutas. Se alentó a los pacientes a acudir a estas sesiones junto con sus familiares.

El "Club de la Cuerda Perdida" ilustra una manera en que puede ampliarse el rango del apoyo social a los pacientes. El club proporciona a los pacientes un nuevo y valioso modelo del papel de un paciente que "la hizo" y ahora puede ayudar a otros.

Witkin (1978) ha relatado sus experiencias al trabajar con mujeres que han sufrido mastectomías. El principal conflicto posoperatorio que confrontaban estas pacientes concernía a su autoconcepto sexual. Las preocupaciones en este respecto fueron con frecuencia más importantes que el miedo a la muerte. Witkin halló que la actitud del marido o amante de la paciente era importante determinante para la mujer en recuperación, y que la mayoría de los hombres estaban ansiosos por participar en la orientación a pacientes externos junto con su pareja. La orientación psicosexual posoperatoria se consideró como que era un aspecto extremadamente importante del tratamiento total de la paciente con mastectomía.

Langer y sus colaboradores (1975) lograron hacer que los pacientes se involucren en una estrategia cognoscitiva particular (tal como pensar en los aspectos positivos de la cirugía) fue más efectivo que simplemente darles información específica acerca de los procedimientos de la cirugía o darles información en lo absoluto. Melamed y Siegel (1975) hallaron que los niños a los que se mostró una película que transmitía información quirúrgica es (efectiva acerca de los procedimientos inminentes, se adaptaron mejor en lo pre y posoperatorio que los niños que observaron una película con un contenido no relacionado con la hospitalización.

Andrew (1970) y DeLong (1971) evaluaron el papel de las diferencias individuales en el modelo preferido de los pacientes para manejar el estrés, y el cómo estas diferencias influyeron en el impacto de la información preoperatoria en el proceso de recuperación. En ambos estudios, se dividió a los pacientes en tres grupos: a) los "enfrentadores", que prefirieron defensas vigilantes o

sensibilizantes, b) los "evitadores", que prefirieron defensas de negación o evasión; y c) los "defensores no específicos", que no mostraron preferencia por algún estilo de defensa. En su repaso a esta investigación, Auerbach y Kilffmann (1977) concluyeron que los evitadores tienden a responder precariamente cuando se les confronta con la información respecto de la cirugía, y se adaptan mejor cuando no se les expone la misma. Por otra parte, los enfrentadores se adaptan relativamente bien cuando se les expone información específica acerca de la cirugía, pero de modo deficiente cuando no se les proporciona semejante material. Los defensores no específicos parecen recuperarse a pesar de que no reciben este tipo de información. Estos resultados muestran que las técnicas de intervención en crisis necesitan adaptarse al individuo. En algunos estudios, los grupos de control sin intervención se adaptaron bien a recibir la cirugía; esto es, algunos grupos se recuperaron bien sin intervención (Auerbach y Kilmann, 1977). Esto sugiere que la intervención en crisis puede no ser necesaria para todos los pacientes, y no necesita suministrarse de manera indiscriminada a todos ellos.

Nacimiento de niños subnormales

Numerosos informes han aparecido en relación con las crisis de los padres que han experimentado el nacimiento de un niño subnormal (Farrell, 1977; Hancock, 1976; Parks, 1977; Spink, 1976; Stanko, 1973), y mucha de esta bibliografía ha sido analizada por Bahr (1980).

La experiencia del embarazo y la perspectiva de entrar en la paternidad es una transición para el desarrollo que puede convertirse en una crisis para algunas personas. Parles advierte que aun cuando el nacimiento es normal, puede existir discrepancia entre el niño que el padre ha "esperado" y el verdadero. Los padres esperan una celebración ante el nacimiento de un niño. Con el nacimiento de un bebé subnormal, los padres se lanzan dentro de una situación abrumadora y impactante, para la que de manera usual ha habido una pequeña, si es que alguna, preparación. Aquellos deben lamentar la pérdida de su idealizado niño perfecto y reorganizar sus vidas alrededor del cuidado a un hijo con impedimentos.

Los investigadores han observado que las madres reaccionan al nacimiento de un hijo subnormal en una serie de etapas (Hancock, 1976; Parks, 1977; StUlko, 1973). Al combinar las observaciones de estos autores, Bahr (1980) sugiere que la secuencia típica incluye negación, conmoción o protesta, desesperación o depresión y, por último, los intentos por enfrentarse a la realidad de tener un hijo subnormal. Hancock indica que un periodo de ira puede aparecer también en la secuencia emocional reactiva.

Hancock describe las intervenciones orientadas a los padres de una niña recién nacida que fue víctima de toxoplasmosis. De modo inicial, el médico a cargo del CISO está renuente e incómodo para hablar con los padres acerca del retraso mental de su hija. En cambio, el médico redujo al mínimo este hecho, y enfocó la discusión sobre el deterioro visual de la menor. Como refirió Hancock, "él sostuvo la opinión de que, si discutía el retraso con los padres de la niña, la rechazarían y no se beneficiaría de la simpatía de sus padres; el médico sentía que sería mejor permitir a los padres el creer que la niña tenía un

funcionamiento intelectual normal, basta que descubrieran por sí mismos o por otro pediatra, en un momento posterior, que la niña estaba dañada" (página 426).

Los padres comenzaron a hacer planes basados en su comprensión fragmentaria acerca de la condición de su hija. En respuesta a esto, el trabajador social hizo énfasis en que se estaban realizando más pruebas, y en que aquellos no deberían tomar decisiones y hacer planes demasiado a la ligera. El clímax de la crisis llegó cuando el médico puso al tanto a los padres del retraso mental y de la parálisis espástica de la niña. Las intervenciones del trabajador social en este punto implicaron alentar a los padres para que expresaran sus pensamientos y sentimientos. Como lo describe Hancock, "ambos padres sintieron que ella podría absorber el amor de ellos y agotar su energía, sin dar poco o nada a cambio; esto se sintió como una amenaza para la familia... El conflicto que surgió fue si era mejor para los padres y/o la bebé prosperar hacia el amor y entonces abandonarse los unos a los otros, o nunca reunirse unos a otros en absoluto" (páginas 428-429). En lugar de dejar que se sobre involucraran en la decisión "correcta", el trabajador social ayudó a los padres a formular varias posibilidades para el futuro de la niña y a considerar tanto los aspectos positivos como los negativos de cada una de las mismas. Después de reconocer sus opciones, los padres decidieron tener a la niña para vivir con ellos de modo temporal, y planear finalmente ubicarla fuera de casa. Debido a la penosa experiencia de considerar las opciones y llegar a una decisión, ambos padres tuvieron una sensación de conclusión y sintieron que tenían una visión exacta y realista del futuro. Hubo una nueva sensación de acercamiento entre estos dos padres y un sentimiento de que ambos habían aprovechado recursos recién hallados en sí mismos.

Parles (1977) también pone énfasis en la importancia de alentar a los padres a expresar sus emociones acerca de sus hijos subnormales. Con el fin de comenzar a aceptar de manera realista al hijo subnormal, los padres deben con frecuencia "desprenderse" o alejarse a sí mismos de su esperado, deseado e idealizado hijo. Los padres deben soportar un periodo de tristeza y desesperanza antes de que el alejamiento del hijo idealizado acontezca. Por cuanto este proceso se pone muy cerca del rechazo al recién nacido subnormal, los padres no deben revelar estos sentimientos indeseables, a menos que los que intervienen en la crisis los inciten y los legitimen.

Stanko (1973) describe su propia experiencia como madre de un recién nacido subnormal y recuerda que muchas personas a su alrededor la suadieron de ver a su hijo. Siempre que los doctores, enfermeras, médicos residentes, etcétera, analizaban al niño, se enfocaban en su defecto y describían una imagen grotesca del menor. Finalmente, ella (Stanko) reclamó y estuvo reacia a dar permiso para que visitaran al bebé. La experiencia fue en verdad positiva en cuanto a que afirmó a Stanko como madre y le dio la seguridad de que su hijo estaba bien cuidado y era bien amado.

El conflicto de retener información o proteger a los padres es encauzado por Stanko y Hancock. Es importante considerar los posibles motivos de los profesionales de la salud que están renuentes a proveer a los padres o pacientes con una imagen real. ¿Están temerosos de las reacciones y sentimientos de los padres, y de un posible daño al menor? ¿Hasta qué punto los profesionales de la salud se están protegiendo a sí mismos, en lugar de a los padres? Los siguientes apartados proporcionan ejemplos de por qué es importante para

los profesionales de la salud el ser al menos hábiles en el más bajo nivel para tratar con estos problemas emocionales. Si el médico o la enfermera no están cómodos para manejar estos conflictos emocionales, el paciente o los padres deberían al menos recibir la opción de tener acceso a alguien que esté entrenado para tratar con estos conflictos.

Ancianos internados en hospitales

Ha habido un interés creciente en aplicar las técnicas y la teoría de la crisis y de la intervención en crisis a los problemas de los pacientes ancianos hospitalizados (Bumside, 1970; Grauer y Frank, 1978). La hospitalización de la persona anciana es traumática en particular porque la amenaza de las pérdidas funcionales o la muerte se combinan con otros problemas físicos, como la pérdida de la audición, la memoria, etcétera. Tales dolencias aumentan la tensión implicada en la adaptación al ambiente del hospital. Además, el proceso de abandonar el hospital puede ser justamente tan traumático como el de entrar, puesto que el paciente puede tener una gran dificultad para adaptarse al ambiente al que se le lleva de salida.

Oradei y Waite (1974) han descrito la intervención breve en un grupo con pacientes que se recuperan del ataque de parálisis. Como podría esperarse, las reacciones psicológicas de los pacientes con frecuencia interfieren con el proceso de rehabilitación, que se encamina a llevarlos a su capacidad funcional más alta posible. Para tratar estos problemas psicológicos, Oradei y Waite organizaron un grupo para pacientes de ataque de parálisis, para darles asistencia y proporcionarles la oportunidad de expresar sus sentimientos y polemizar sobre sus problemas. Se refirió a los pacientes que tendrían numerosos beneficios de las sesiones grupales. Los pacientes se involucraron más unos con otros en el pabellón del hospital, y con ello ampliaron el sistema de apoyo social unos a otros. La expresión de ira y depresión por sus pérdidas se consideró como un paso necesario hacia el salir adelante de manera exitosa. Además, se analizaron con frecuencia métodos de enfrentamiento. Los pacientes con frecuencia tuvieron la oportunidad de probar nuevas conductas en casa, durante las licencias de fin de semana, antes de que ocurriera su salida real del hospital.

Enfermedad en fase terminal

La teoría de la crisis y la intervención en crisis han llegado a ser aceptadas de manera amplia, como vías de comprensión y ayuda para los pacientes en fase terminal de enfermedad y sus familias. La aplicación de los conceptos de la crisis a esta área han recibido un impulso por el trabajo de Kübler-Ross (1969). La estructura de ella para la consideración de la persona moribunda y aquellos que están cerca de la misma, es consecuente con la teoría de la crisis.

Han aparecido en la bibliografía numerosos relatos que describen la crisis de la enfermedad en estado terminal para el paciente adulto y su familia, y han explicado el uso de la intervención en crisis por profesionales de la salud (Capone y otros, 1979; Cohen y Wellisch, 1978; Giacuinta, 1977; Grady, 1975; Kopel y Mock, 1978). Con los recientes avances en el tratamiento de varios tipos de cáncer, la expectativa de vida del paciente ha sido alargada de manera

significativa. Sin embargo, junto con el aumento en los meses o los años de esta expectativa, puede también venir una menoscabada calidad de vida (por ejemplo, por causa de los efectos de la quimioterapia y la sombra vaga de la amenaza de una malignidad renovada).

Cohen y Wellisch han explicado los tipos de problemas familiares que pueden surgir durante este periodo de tratamiento del cáncer terminal. El enfoque de terapia para crisis de aquéllos se modeló a partir de la terapia estructural familiar de Minuchin (1974a). Una de sus descripciones casuísticas concierne a un hombre que fue canalizado por depresión, hábitos problemáticos de alimentación y agitación general. En tanto progresaba la terapia con el paciente y su esposa, se hizo aparente que el problema de alimentación:

estaba entrelazado de manera profunda con la trama de la relación matrimonial, así como dentro de los conceptos cognoscitivos de la pareja acerca de la enfermedad del señor S. Éste estaba tratando desesperadamente de complacer a la señora S. al comer cantidades abundantes de la comida que ella preparaba, en tanto ello simbolizaba la aceptación de él hacia el amor y los esfuerzos de ella. La señora S. se sentía obstruida por cualquier manera en que ella trataba de ayudar al señor S. y la comida se convirtió en el único ámbito en el que ella podía hacer algo por él, según el punto de vista de ella. Para ambos, la pérdida de peso significaba que el cáncer estaba "llevando ventaja". Ellos razonaron que, si alguno perdía peso, el siguiente seguramente sería la muerte; y, que si alguno aumentaba de peso, de alguna manera había vencido a la enfermedad y la había mantenido a raya (páginas S68-S69).

Las intervenciones disminuyeron la ansiedad del señor S. acerca de morir, y su compulsión por pesarse.

En un momento posterior en la enfermedad del señor S., cuando de modo visible se estaba muriendo y sentía un gran dolor, se descubrió otro problema. La señora S. controlaba las interacciones con su esposo de tal manera que él no pedía medicación para el dolor, cuando de manera clara la necesitaba. Se hizo manifiesto que la esposa lidiaba con la aproximación de la muerte de su esposo "mediante una estrechamente entrelazada cadena lógica: 1) si él no necesita medicina para el dolor, entonces ha mejorado en su enfermedad; 2) si esto es así, entonces él no morirá; 3) si no le doy la medicación para el dolor tan apresuradamente, y él puede sobrevivir sin ella, ha mejorado en su enfermedad, y no morirá" (página 570). La terapia en este punto abarcaba confrontar a la señora S. con su negación, lo que redundó en la remoción de las coacciones para el acceso de su esposo a la medicación para el dolor. Después de la muerte de su esposo, la señora S. fue vista durante dos sesiones terapéuticas y fue asistida en su proceso de duelo.

Un grupo semanal para familias y grupos de pacientes hospitalizados por tumores, ha sido descrito por Kopel y Mock (1978). El propósito del grupo fue proveer de un medio en el cual los participantes pudieran compartir sentimientos y experiencias, y proporcionarse apoyo unos a otros. También se dio información acerca del sistema de operación dentro del pabellón correspondiente. Si ciertos miembros del grupo parecían abrumados en particular, se gestionaban canalizaciones para terapia individual.

Los miembros de la familia dentro del grupo fueron asistidos para la expresión y comprensión de muy complicadas combinaciones de emociones. Por añadidura a su duelo, los miembros de la familia experimentaron un

tos de ira intensa y culpa por una variedad de razones. Ellos con frecuencia estuvieron reaccionando al hecho de ser "abandonados" por su compañero, que hasta que surgió su enfermedad, fue la parte dominante de la relación. Los miembros de la familia también reaccionaron a las cargas enormes que les impuso el miembro enfermo. Algunos experimentaron culpa porque se sentían que no habían hecho lo suficiente por su compañero, que no vivieron la clase de vida deseada con él/ella, o porque algunas veces desearon que él/ella se apresurara y muriera.

Numerosos ejemplos de estas variedades de conflictos los proporcionan Kopel y Mock (1978). Una mujer estaba físicamente exhausta y tenía que realizar un viaje de ida y vuelta manejando todas las cosas, para cumplir con las exigencias de visitas de su marido hospitalizado. Con la ayuda de otras familias en el grupo, se incrementaron las alternativas de la mujer. Se le invitó a permanecer con otra persona que vivía en el pueblo donde estaba el hospital, por lo cual sus viajes se hicieron innecesarios. Otra mujer estaba terriblemente herida, perturbada y confundida por el maltrato colérico de parte de su esposo cada vez que lo visitaba. Ella, de manera indefensa, comenzó a sentir que algo en el comportamiento de ella producía esas respuestas. Sin embargo, el grupo la ayudó a explorar las dimensiones de la situación y la auxiliaron para formular explicaciones alternativas para el comportamiento de su esposo (como que aquello podría reaccionar en el resentimiento de él por ser dependiente, antes que por las insuficiencias de ella). Por último, se analizaron estrategias alternativas para que las utilizara al tratar con su marido.

Los padres que tienen a un hijo en fase terminal de enfermedad encaran una experiencia incuestionablemente trágica y emocionalmente gravosa. Una sensación de crisis confrontan a los padres (y, por supuesto, al hijo) desde el momento en que se les informa del diagnóstico, hasta el momento que sigue a la muerte (Lascari, 1978). Puesto que el médico es la persona que informa del diagnóstico a los padres, él tiene la responsabilidad de ayudarlos a enfrentar la noticia. En el conflicto de la muerte del hijo y no proveer a los padres con información objetiva acerca del mal, su curso y su tratamiento, sólo irán en incremento de los ya abrumadores problemas que los padres deben confrontar (Powers, 1977).

Las intervenciones con familias en lo particular (Lascari, 1978) y con grupos de familias que tienen un hijo con enfermedad en fase terminal (Healy y Schneider, 1978) también han aparecido en la bibliografía. El médico del niño puede proporcionar la asistencia, lo mismo que el profesional de enfermería de la salud que trabaje en colaboración con el servicio pediátrico. Lascari (1978) cree que las intervenciones con la familia deberían continuarse durante todo el curso de la enfermedad del niño y más allá del momento de la muerte. Cuando se presenta el diagnóstico, los hechos de la enfermedad deberían analizarse de manera detallada. Los padres con frecuencia reaccionan con culpa, la cual proviene de los sentimientos de que ellos son de alguna manera responsables por la situación del niño. Necesitan una gran cantidad de apoyo durante este tiempo y pueden no asimilar partes de los hechos que se les presentan. En el periodo intermedio entre el momento en que se presenta el diagnóstico y el momento en que muere el niño, ocasiona problemas adicionales. Los padres se preocupan por: en aislar emocionalmente uno del otro, o uno puede unirse al niño en coalición con el otro, o uno puede dirigir el aire contra el otro (como que fue el portador de la noticia indeseable) o hacia el niño (por el momento que trae

conseguir la enfermedad). Además, los padres de manera invariable se encaran con problemas de cómo tratar al niño; cómo aplicar la disciplina y cómo contestar a las preguntas.

El papel del médico durante este periodo es mantener el contacto con los padres, aceptar sus sentimientos de ira y ayudarlos a entender sus emociones. Si los padres se sienten culpables acerca de esperar el fin, el médico puede ayudarlos a aceptar el hecho de que la muerte de su hijo es una experiencia angustiante, y que es normal para ellos el esperar por el tiempo en que su hijo, y ellos; ya no tendrán que sufrir. El médico en este momento puede también ser útil al ayudar a los padres a analizar todas sus opciones en lo concerniente a problemas acerca de cómo aplicar la disciplina, dónde morirá el niño, etcétera.

Hoffman y Futterman (1971) también han descrito las tareas emocionales que requieren los padres que tienen un hijo leucémico. Esas tareas con frecuencia son contradictorias y muy tensionantes. Por ejemplo, los padres deben mantener una inversión y la esperanza en el bienestar y la supervivencia de hijo, mientras también se preparan para la posibilidad de su muerte (en un proceso que se llama "duelo anticipatorio"). El éxito con la leucemia se ha incrementado de manera notable en los últimos 10 años. Cincuenta por ciento de los pacientes, ahora, sobrevive por lo menos cinco años. El tener el desgaste emocional es volverse más vulnerable al dolor de la pérdida, y puede conducir al aislamiento autoprotectivo. Por otra parte, comenzar el duelo por el hijo antes de su muerte puede convertirse en algo asociado, en la mente del padre, con matarlo, y puede provocar una culpa considerable. En tanto muchas familias pueden funcionar con una actitud de "la vida acostumbrada" en sus actividades cotidianas, es probable que los esfuerzos para evitar el impacto de la enfermedad en fase terminal se lleven al máximo punto bajo la tensión del tratamiento y las visitas periódicas a la clínica de oncología para pacientes externos.

Hoffman y Futterman encaminaron sus intervenciones al ambiente de la clínica de oncología. Con el fin de facilitar el enfrentamiento con las visitas a la clínica en sí mismas, un programa de juego (que abarcaba la narración de historias, distraerse con juguetes, etcétera) se inició en la clínica, dentro de la sala de espera. Los dos terapeutas implicados en el programa (un terapeuta ocupacional y un psicólogo) tenían un calendario secreto de actividades. Aunque el involucramiento se encaminaba a mejorar el enfrentamiento con la situación clínica inmediata, la esperanza era que el clima de aprendizaje emocional en la clínica tendría un impacto terapéutico más general sobre el enfrentamiento de la familia.

Antes de comenzar el programa de juego, la atmósfera en la sala de espera era tensa y depresiva. Los padres interactuaban muy poco unos con otros o con sus hijos. Se observaba muy poco juego espontáneo. Sin embargo, la atmósfera cambió desde el momento que comenzó el programa. Con sus hijos ocupados, a los padres se les dio la oportunidad de "evadirse" y de interactuar unos con otros, lo mismo que con el terapeuta. En tanto eso sucedía, ellos comenzaron a expresar sus sentimientos y preocupaciones, que habían guardado para sí mismos en la presencia de sus hijos. Los terapeutas los alentaron a expresar e indagar los mecanismos de enfrentamiento de los otros padres, lo que condujo a la interacción e involucramiento de unos con la situación de los otros. Los padres se acercaron con los hijos de los otros padres y, de alguna manera, los "adoptaron" psicológicamente. De manera subsecuente, ellos sufrieron cierta cantidad de dolor cuando esos niños murieron. El

dolerse por la muerte del hijo de otro, de manera indirecta contribuyó a dolerse por los suyos propios en un nivel que se soportaba de modo fácil (duelo anticipatorio). Como resultado del interés y la implicación mayores de los padres de unos con otros, se inició un grupo de los mismos en la clínica de pacientes externos, con lo que estas familias accedieron a la opción de una exploración más intensa de las preocupaciones. Es probable que al escuchar cómo otros salían adelante, y al funcionar como resolutores de problemas y proveedores de apoyo, los padres pudieron aumentar sus propias alternativas y opciones de enfrentamiento. Al asistir a otros de manera activa en el enfrentamiento con su duelo, un padre puede enriquecer el trabajo de anticipar la muerte de su propio hijo. El proveer de apoyo a otros fue también una manera concreta de recibir compensación por los sentimientos de indefensión e ineficiencia que trajo consigo el encarar el hecho de la enfermedad en fase terminal.

Muerte de un miembro de la familia

La muerte de un miembro de la familia, un pariente, la esposa o el hijo de alguno, de manera típica se continúa con un patrón predecible de duelo y lamenación. El duelo es un periodo de enorme tensión y cambio en la vida, y puede llevar consigo la posibilidad de un decremento crónico en el funcionamiento global (Defrain y Emst, 1978; Lindemann, 1944; Parkes y Brown, 1972; Tietz y otros, 1977). Defrain y Emst han referido que las familias sin asistencia se llevan cerca de ocho meses para volver a obtener su nivel anterior de organización, después de la repentina, inesperada muerte de un menor (en el Síndrome de Muerte Infantil Repentina, SIDS, por sus siglas en inglés). Se esperaría que el duelo de la familia sería particularmente difícil por cuanto el SIDS imposibilita que tenga lugar cualquier duelo anticipatorio o enfrentamiento. Los padres que entrevistaron Defrain y Emst necesitaban un promedio de casi 16 meses con el fin de obtener de nuevo su nivel anterior de felicidad matrimonial. Estas cifras probablemente son parciales porque 60% de los padres de la muestra se mudaron y no se les pudo ubicar en el momento en que los cuestionarios se pusieron en el correo. Sin embargo, el hecho de que muchos se hayan mudado puede ser en sí mismo un indicador de desorganización grave.

Franciosi y Friedman (1977) han puesto énfasis en que las reacciones de los parientes al SIDS no deberían pasarse por alto. Esos autores tienen la visión de que la confusión familiar resultante puede servir como precipitante de significativos problemas de personalidad y comportamiento, pues lo que los parientes pueden estar preparados de una manera deficiente en lo intelectual y lo emocional para lidiar con la situación. Esta parece ser un área madura para la aplicación de las técnicas de intervención en crisis para los miembros de la familia.

Si han habido intentos por demostrar de manera empírica la eficacia de la intervención en crisis con los dolientes recientes (Raphael, 1971; Williams y otros, 1976; Williams y Polak, 1979), Raphael concluyó la intervención en crisis con un grupo de 31 viudas dentro de los tres meses siguientes a las muertes de sus maridos, y comparó los resultados con un grupo de control que no recibió contacto alguno. Se valoró el resultado por medio de un cuestionario de salud

gen validado y enviado por correo a las viudas 13 meses después de la muerte de los esposos de éstas. Los resultados en el cuestionario condujeron a jerarquizar a los individuos como si tuvieran tanto resultados positivos como negativos. Los resultados mostraron que un número significativamente mayor de individuos dentro del grupo de tratamiento prosiguieron hacia un resultado positivo, que los que lo hicieron en el grupo de control (21 a 27, por oposición a 12 de 29). Los individuos que no recibieron contacto se caracterizaron por tener síntomas de distintas clases: dolor en las articulaciones, dolor generalizado, insomnio, dolores en la espalda, reumatismo, respiración entrecortada, pérdida del apetito y de peso, incremento en el consumo de tabaco y alcohol, suspensión de la menstruación y depresión.

Otros investigadores han obtenido resultados más inciertos (Williams y otros, 1976; Williams y Polak, 1979). Estos investigadores trataron de investigar la hipótesis general de la intervención preventiva en crisis siguiente a la muerte repentina de un miembro de la familia podría reducir el riesgo de una disfunción subsecuente en lo físico, psicológico y social. La selección al azar de los grupos de tratamiento y sin contacto se arregló mediante la oficina del investigador de homicidios del Condado de Denver. Los miembros del equipo para crisis acompañaron al representante del investigador de homicidios hasta el lugar en que ocurrió la muerte. Si las familias acordaban participar, recibían de 2 a 6 sesiones de terapia en un periodo de una a 10 semanas (Volhman y otros, 1971). La intervención se encaminó a incrementar la efectividad de la familia en el enfrentamiento con los sentimientos, decisiones y la adaptación subsecuente relacionada con la muerte. Las mediciones del resultado se recopilaron después de un periodo de seis meses en las de enfermedades médicas, males psiquiátricos, funcionamiento familiar, enfrentamiento de la crisis, y riesgo social. Los resultados totales no apoyaron el argumento de que la intervención tenía el impacto deseado sobre la adaptación posterior al duelo, al menos que seis meses pueden ser un periodo muy corto para mensurar los cambios en el estado de salud, dado lo significativo de la tensión que estos pacientes soportaron. Williams y Polak refirieron que, a los seis meses posteriores a la muerte, el grupo de tratamiento mostró una mayor preocupación por el trabajo, la familia, el bienestar socioeconómico, y tuvo mayores gastos. El grupo también tendió a ser ligeramente más depresivo y expresó mayor necesidad de buscar ayuda.

Los autores relataron que los proveedores del servicio sentían que ellos eran "intrusos" dentro de las vidas de aquellos a quienes trataban de ayudar. Existía cierta preocupación en cuanto a que ellos podrían en realidad haber interferido con el proceso normal de duelo de las familias y con los sistemas naturales de apoyo, aunque de hecho esto no fue anticipado. Quizás esto destaca la necesidad de que la intervención en crisis se asocie de manera natural con uno de los sistemas en los que ocurre una muerte, de manera que el contacto con los miembros relevantes de la familia pueda establecerse. Si el lugar de la muerte es el hospital, enfermeras, trabajadores sociales y doctores podrían ser los interventores más apropiados, puesto que es probable que ellos hayan establecido ya contacto psicológico con las familias antes que ocurriera la muerte de su ser querido. Si el paciente muere en su casa, pero hubiera estado como paciente externo en clínica antes de su muerte, entonces quizás el personal destacado de ésta sería el más apropiado para aplicar la intervención.

Insuficiencia renal

Como los avances en el tratamiento del cáncer han prolongado la vida de los pacientes, que a menudo mueren, otros avances médicos han alargado las vidas de los pacientes que sufren de insuficiencia renal. Sin embargo, estos pacientes y sus familias se colocan bajo una severa tensión, que con frecuencia precipita una serie continua de crisis que amenazan a la vida. La preocupación del paciente por la grave amenaza de muerte se toma en una preocupación por la prolongación de la vida por medios artificiales. Los pacientes renales en etapa final deben sufrir la hemodiálisis y tienen que soportar numerosas tensiones psicológicas: a) conflictos entre las necesidades de dependencia, contradichas de psicología; b) una relación con un objeto materno o "mamá" o "papá", en la que el paciente ambivalencia sobre la vida contra la muerte (¿la vida no es ilusoria y la pena vivirla...?) y d) los conflictos interpersonales relacionados con el personal de la unidad de diálisis y el cónyuge de quien está sometido a tratamiento (Abram, 1970).

Drotar y Ganofsky (1977) y Levenberg y otros (1978) han presentado relatos de casos que describen el uso de la intervención en crisis con pacientes renales y sus familias. Drotar y Ganofsky presentaron los reacciones de los niños a la diálisis y el trasplante, lo que incluye ansiedad grave, depresión y aislamiento del paciente a cargo de la familia. Los autores refirieron el caso de un niño de siete años que parecía estar reaccionando bien a la expectativa de la diálisis. Aparentaba tener una actitud positiva y escuchaba de manera silenciosa la explicación breve que se le daba acerca del procedimiento de la diálisis y su propósito. Sin embargo, en el punto de la verdadera inscripción de agua en el niño de modo inesperado, cayó en angustia. Fue necesario que al menos estuviera físicamente presente con él durante la diálisis y efectiva, para ofrecerle apoyo, sostener su mano, hablar con él y protegerlo de ver la sangre. De manera gradual sin embargo el niño obtuvo dominio sobre la situación al menos que la experiencia dentro de sus juegos en casa, y al proporcionar, de manera reducida, explicaciones verbales del procedimiento a otros pacientes y al nuevo personal. Puede ser valioso el presentar con anticipación a tales niños con otros que han dominado de modo exitoso el procedimiento, al lograr que los nuevos pacientes vean a un niño que ya pasó por la experiencia, al mismo tiempo que ellos sufren la diálisis y de modo simultáneo, reciben explicaciones de lo que está sucediendo.

En otro caso (Drotar y Granofsky), que implica a una adolescente y a su familia se había apartado de ella emocionalmente. La terapia orientada a la crisis tuvo dos metas: ayudar a manejar la depresión al tratar con la ira que ella sentía hacia su familia, y ayudarla a manejar de modo independiente la dieta, los medicamentos y el cuidado de la bolsa de desechos urinales. También se le alentó de manera activa (contra los deseos de sus padres) para que regresara a la escuela, aun cuando se le había colocado un catéter y la bolsa para desechos urinarios. La chica, según se informa, se adaptó bien a la escuela y, de manera gradual, comenzó a recibir un trato más normal por parte de sus padres.

Levenberg y otros (1978) han presentado numerosos estudios de casos que muestran cómo se ha utilizado la intervención en crisis con los pacientes en hemodiálisis y con otros que para ellos son significativos. La diálisis en casa requiere una cooperación considerable entre el paciente y su pareja. Los roles matrimoniales en las relaciones de las parejas donde que la insuficiencia renal ocurriera, con frecuencia cristalizaron y se magnificaron. El

las exigencias y la tensión que trajo consigo la diálisis en casa. Al utilizar la terapia familiar sistémica breve (Haley, 1976; Minuchin, 1974a) y las técnicas conductuales, la intervención se encaminó a realizar el más pequeño cambio de sistema necesario para llevar a la práctica una diálisis mínimamente exitosa. Aunque los patrones de disfunción matrimonial se observaron con frecuencia, las intervenciones no se dirigieron a aligerarlos.

Aborto

Los trabajadores sociales, enfermeras y otros practicantes del cuidado de la salud que proporcionaron orientación con respecto a embarazos problemáticos y abortos, de manera común consideran su trabajo como intervención en crisis (Boekelheide, 1978; Gedan, 1974; Karninsky y Shekter, 1979). La crisis de maduración del embarazo y la maternidad se combina con una crisis circunstancial cuando es una adolescente la que queda embarazada de manera inesperada (Gedan, 1974). El embarazo ocurre entonces en un contexto de negociación de la tarea de la adolescente para luchar por la madurez social y emocional. Las reacciones emocionales extremas asociadas con la adolescencia con frecuencia se acompañan de expectativas no realistas acerca de dar a luz a los hijos. Gedan ayuda a sus pacientes a explorar las dimensiones del problema de la adolescente: los propios sentimientos de la chica intensos en alto grado, fantasías acerca de lo que harán los padres de ella, actitudes acerca del comportamiento de ella, expectativas de a qué podría parecerse el tener un niño, y las alternativas que ella piensa que están disponibles. Gedan también trata de implicar de manera directa a los padres de la chica, con el fin de manejar la posibilidad de la crisis familiar que podría resultar. Entonces Gedan presenta a la chica todas las posibles soluciones abiertas para ésta (junto con información precisa concerniente a los beneficios y desventajas de cada una). Entonces se alienta a la chica a tomar la responsabilidad de realizar su elección de acción, y se le asiste para que la lleve a la práctica.

Aunque se han informado las descripciones de las secuelas psicológicas del aborto selectivo (Blumberg, 1975; Payne y otros, 1976), no se ha conducido investigación alguna que evalúe el alcance al cual la orientación por aborto reduce el riesgo de consecuencias negativas. El único estudio experimental llevado en una clínica de abortos concernió a los efectos de algunos componentes de la intervención en crisis sobre las actitudes y ansiedad de los hombres que acompañaban a las mujeres que buscaban los abortos (Gordon, 1978). Los hombres en la sala de espera de la clínica recibieron una invitación para participar en una "sesión de reprimenda" de dos horas, en tanto sus parejas sufrían el aborto. Los procedimientos de intervención implicaron el ayudarlos a clarificar sus propios sentimientos, y proporcionarles apoyo y empatía. Se tomaron medidas previas y posteriores, en concordancia con el Inventario de Ansiedad-Rasgo Estado de Spießfueger, y también con ciertas pruebas de actitudes. Los resultados sobre el grupo de tratamiento se compararon con aquellos que se obtuvieron de un grupo de control que no recibió contacto. El estado de ansiedad (la ansiedad inducida por la situación, antes que aquella contenida por rasgos predisponentes) decreció, y las actitudes hacia la clínica y hacia el aborto fueron más positivas como resultado del tratamiento. De modo interesante, sin embargo, las clasificaciones del grupo sobre sus propios senti-

mientos fueron más negativas después de la intervención. Como mencionaron los autores, queda una pregunta empírica en cuanto a si la liberación emocional incrementó o mejoró las habilidades de enfrentamiento de los pacientes.

Discapacidad crónica

En tanto el cuidado médico y el tratamiento han avanzado, no se ha comprendido la correspondiente ganancia proporcional sobre la salud. De manera reciente, ha habido una mayor atención hacia los efectos psicológicos duraderos de la enfermedad. Ahora se reconoce que muchos pacientes están lisiados o incapacitados emocional o psicológicamente por el gran exceso del alcance de la incapacitación física de la enfermedad correspondiente.

Esta discapacidad excesiva es bien probada por una variedad de trastornos tales como el cáncer, el mal de las vías coronarias, los males renales, la esclerosis múltiple y la discapacidad física, y se hace referencia a ella como el síndrome de discapacidad crónica. Este síndrome aparece de manera independiente al tipo de mal y al modo de su inicio (como puede ser accidental, de urgencia, o progresivo). (Véase Alger, 1978; Dyrne y Whyte, 1979; Croog y Levin, 1977; Garrity, 1976, y Miles, 1979, para una descripción del síndrome y su gravedad en términos del tratamiento médico.)

Muchas investigaciones meticulosas demuestran que el síndrome de discapacidad es psicossocial por naturaleza, y que el grado de discapacidad no se relaciona con el grado del deterioro físico (Albrecht y Higgins, 1977; Fordyce, 1976; Lavey y Winkle, 1979; Mayou y otros, 1978; O'Malley y otros, 1980; Susset y otros, 1979; y Wooley y otros, 1978). Estos pacientes no responden al tratamiento terapéutico tradicional orientado médicamente. Ellos desarrollan un estilo de vida constreñido y desadaptado, que se centra en torno de la enfermedad (Fordyce, 1976).

Distintos programas de tratamiento (mayormente conductuales) han demostrado que la discapacidad extrema como una conducta aprendida y que los comportamientos en exceso bondadosos e independientes (y la extinción del papel del enfermo o de los comportamientos dependientes) pueden reducir la discapacidad o modificar síntomas específicos que interfieren con la vida normal (Fordyce, 1976; Wooley y otros, 1978). Tales programas han sido casi exclusivamente programas de tratamiento intensivo para pacientes externos, conducidos con pacientes voluntarios que ya han establecido un grado de discapacidad suficiente como para incitar tal tratamiento intensivo. Una seria limitación para tales programas intensivos con pacientes internos es que los nuevos comportamientos pueden no conservarse en el ambiente natural, el de la casa. Si los comportamientos "buenos" no se refuerzan en el ambiente hogareño, es probable que los pacientes recaigan de nuevo en sus comportamientos "enfermos". Es deseado pronto como para evaluar los efectos de largo plazo, pero las ganancias a corto plazo indican que el comportamiento de discapacidad crónica es, el menos, receptivo al tratamiento.

A la fecha, no se han llevado a cabo estudios adecuados en el área de la prevención del síndrome de enfermedad crónica. McFarlane y otros (1980) y Kupst y Schulman (1980) refieren que se ha comenzado tales estudios. Kupst y Schulman informan del comienzo de un estudio de cinco años de los patrones de conducta de los enfermos en las familias en las que se diagnostica que

uno de los hijos tiene leucemia. Ellos tienen la esperanza de identificar los factores que predigan el buen enfrentamiento, y de probar la efectividad de un plan de intervención que se pretende que promueva el enfrentamiento efectivo.

Los estudios de largo plazo sobre el impacto de la enfermedad, de manera general han hecho algún intento por determinar las variables de enfermedad, con base en los factores demográficos o el uso de cuestionarios retrospectivos acerca de los incidentes de la vida o las prácticas de enfrentamiento. Tales datos obtenidos de manera retrospectiva siempre son inciertos, por cuanto la enfermedad por sí misma puede alterar la percepción de la vida anterior. El síndrome de enfermedad crónica no parece estar asociado con alguna variedad particular de estilo de vida (Croog y Levin, 1977; Wooley y otros, 1978), pero la investigación debe sustentar la hipótesis de que la práctica de enfrentamiento previa a la enfermedad por parte del individuo ante la tensión, puede ser un útil mecanismo de predicción.

Gran cantidad de la bibliografía disponible se ha basado en las observaciones clínicas de tiempo limitado, los efectos del proceso y la reacción y ha puesto mucha confianza sobre los datos retrospectivos. Los estudios prospectivos sistemáticos acerca del curso normal de adaptación a la enfermedad son necesarios, con el fin de comprender de manera adecuada la etiología del síndrome de enfermedad crónica y, por tanto, conducir al desarrollo de medios más efectivos de intervención.

La prevención del síndrome de enfermedad crónica es un ámbito de especial interés para la terapia de crisis. En tanto como la terapia para crisis hace un uso amplio teórico y clínico del ambiente natural del paciente (grupos de apoyo, recursos, etcétera) y toma en cuenta la etapa de desarrollo, parece adaptada de manera especial al desarrollo de la intervención dentro del entorno de la enfermedad médica, con el fin de promover un mejor cuidado médico y una mejor salud psicológica.

Algunos estudios que tratan sobre la adaptación psicológica posterior a la enfermedad se han dirigido sobre una cantidad considerable de pacientes e indican algunas áreas en las que es probable que la intervención en crisis sea efectiva, de manera particular, para modificar la discapacidad psicológica de largo plazo relacionada con la enfermedad, y en la obtención de mejoramientos también en la salud física del paciente. Croog y Levin (1977), en un estudio de un año de duración con alrededor de 300 pacientes que habían experimentado su primer infarto al miocardio, hallaron que los factores psicológicos y sociales que afectan la rehabilitación fueron enormemente complicados. Hubo una amplia variación individual, lo mismo en cuanto a los malos que en cuanto a los buenos patrones de adaptación.

Algunos de los principales hallazgos concluyeron que la manera en que la familia se enfrenta con la interrupción y la alteración del estilo de vida es determinante para la condición del paciente. Es importante cómo el paciente se enfrenta con la angustia familiar (o con la percepción de él con respecto a esa angustia). Los pacientes que se refirieron que sus familias fueron sustentadoras y serviciales, avanzaron mejor en el aspecto físico. Un pequeño porcentaje refirió pequeños mejoros en la vida matrimonial, atribuibles a la crisis que precedió al episodio del infarto al miocardio.

Mayou y otros (1978) efectuaron un estudio más detallado durante un año con 100 pacientes que por primera vez habían sufrido un infarto al miocardio.

En tanto Croog confiaba de manera casi exclusiva en los cuestionarios retrospectivos, Mayou empleaba entrevistas estructuradas periódicas, efectuadas de modo previo a la salida del hospital, a los dos meses de ello y luego de un año. Los hallazgos de manera general apoyaron a los que había hecho Croog. Mayou realizó un pequeño porcentaje de pacientes que fueron capaces de identificar al infarto al miocardio como algo que había puesto el escenario para las mejoras en la relación matrimonial. Hubo una alta y significativa correlación entre la adaptación física y psicológica del paciente y la de su cónyuge. También se encontró que un alto porcentaje de pacientes no estaban siguiendo consejo médico acerca de qué hacer en cuanto al aspecto físico y que, en total, aproximadamente el 50% del consejo médico se había vuelto confuso y vago. Una mejor adaptación y un mejor apego al consejo médico estaban correlacionados.

En tanto tales datos son útiles, no se sabe si "la mejor adaptación del cónyuge" existía antes de la enfermedad, o si se desarrolló después de la misma. Lo que es sorprendente en estos estudios y otros es que el impacto sobre las familias, en términos de aflicción psicológica, es con frecuencia tan o más grande que aquél que se presenta sobre el paciente individual (Byrne y Whyte, 1978, 1979; Eiser, 1979; Susman y otros, 1980). Aún más, la manera en que la familia se enfrenta con el impacto de la enfermedad, está relacionada de manera estrecha con el modo en el que el paciente enfrenta eso mismo, y, por tanto, también se relaciona con el estado físico subsecuente del paciente.

El hallazgo sugiere de manera clara que las mejoras significativas tanto en los aspectos físicos como en los psicológicos de la enfermedad crónica podrían obtenerse mediante intervenciones familiares dirigidas hacia el enfrentamiento con la crisis, una visión que se sustenta por la investigación en varios ámbitos (Alger, 1978; Blackburn, 1978; Hackett y Cassem, 1978; O'Malley y otros, 1979; y Slern y Pascale, 1979). Wooley y sus colaboradores (1978) informaron sobre los resultados de un programa de tratamiento sobre enfermedad crónica orientado de manera conductual (y aplicado a 300 pacientes), en el cual una modalidad de tratamiento particularmente efectiva fue la terapia familiar. El progreso del paciente dentro del programa se relacionó con la terapia familiar, que fue de ayuda en la sustentación de las intervenciones conductuales, que constituyen el principal foco del tratamiento. El éxito del tratamiento un año después de ser dado de alta del programa del hospital se relacionó más con la presencia o ausencia de una familia funcional, que con cualquier otra variable. Por tanto, la familia es un elemento de apoyo determinante. Donde las familias no han permanecido sanas, o donde son incapaces de proveer el apoyo necesario de modo crucial, se necesita desarrollar las intervenciones que proveen grupos sustitutos de apoyo o que conducen al desarrollo de los mismos.

El venerado concepto de "negación" se emplea de manera usual dentro de la teoría de la crisis de modo no unitario (como un mecanismo inconsciente de defensa), de lo que resulta evidente que la negación puede tener una función específica. Esto adaptativo como desadaptativo (Horowitz, 1976). Esta visión de la negación es la más congruente con las formulaciones modernas de la teoría del enfrentamiento (Roskies y Lazarus, 1980). Se ha mostrado que la negación de algunos aspectos de la enfermedad es adaptativa en alto nivel en el manejo de la ansiedad inmediata producida por la crisis (Johnston, 1980; Phillip y Oltros, 1979; Tyrer y otros, 1980) y que es predictiva de la recuperación a largo plazo (Beisser, 1979; Burckfield, 1979; Miles, 1979; O'Malley y otros, 1979; Soloff

y Bartel, 1979). También seguiría que las vañedades desadaptativas de la negación pueden aplicarse al periodo previo a la enfermedad, en cuanto a que tales individuos pueden estar propensos a seguir "casi los de vida nocivos para la salud", a no buscar tratamiento médico en el momento oportuno, o ambas situaciones.

Beisser ha analizado el fenómeno de la "evasión dentro de la salud" basado en la negación desadaptativa de la enfermedad. Del mismo modo, la "evasión dentro de la enfermedad", que es aplicable a nuestra investigación de la enfermedad crónica, se ve como resultado de la negación desadaptativa de la salud. Los esfuerzos de intervención necesitan fortalecer la "afirmación de la salud", tanto como los aspectos adaptativos de la "negación de la enfermedad".

En síntesis

Parece evidente que cuando la enfermedad grave afecta a una familia, es casi indudable que ello redundará en un estado de crisis. El síndrome de enfermedad crónica tal vez sea una de las diversas salidas para una crisis. Los individuos que de manera probable no desarrollarán el síndrome de enfermedad crónica son aquellos que, junto con sus familias, son capaces de hacer un uso efectivo de la negación, volver el foco de su atención hacia otros asuntos, proveer un apoyo adecuado, desarrollar continuamente medios efectivos de enfrentamiento con distintos efectos posteriores de la enfermedad, y ocuparse de manera agradable en la prosecución de la vida como modificada, más no dominada, por la enfermedad.

Numerosos autores han destacado las maneras en que tanto los efectos negativos en el aspecto médico como en el psicológico pueden sobrevivir de enfocarse demasiado sobre la enfermedad, sus aspectos negativos (tales como la indudable muerte prematura de un niño atacado por el cáncer), o la presunta incapacidad de la familia para seguir adelante, en tanto se le presta muy poca atención a otros asuntos vitales relacionados con el desarrollo (Hamer y Shontz, 1978; Kling, 1980; Miles, 1979; Susman y otros, 1980). A partir de los importantes descubrimientos en el tratamiento de ciertas variedades de cáncer infantil, distintos escritores se están apartando de una preocupación casi exclusiva con la visión del niño a cerca de la muerte inminente y el duelo de la familia previo o posterior a ésta, y se están volviendo más hacia la exploración del aspecto de cómo ayudar a la familia a enfrentar la aflicción, cómo desarrollar la capacidad para ayudar al niño a manejar eso mismo, cómo asegurarse de que éste recibe el mejor tratamiento disponible, y cómo llevar al niño la oportunidad de vivir para una vida tan normal como sea posible (Eisner, 1979).

La terapia extensiva de base amplia para crisis (capítulo 8) parece estar adaptada de modo ideal para la prevención de estilos de vida desadaptativos. Tal terapia para la crisis podría también ser aplicable en el fortalecimiento de la aceptación de los pacientes de la responsabilidad por el tratamiento y la recuperación, el fortalecimiento de su capacidad para actuar de manera independiente (Wooley y otros, 1978) y, mediante el uso efectivo de la negación como mecanismo de enfrentamiento, ayudar a disminuir el enfoque sobre los síntomas o aspectos negativos de la enfermedad para desarrollar (o crear) un estilo de vida satisfactorio.

Wooley y sus colaboradores señalaron que los conceptos de independencia (actuar a pesar de la enfermedad) y responsabilidad son componentes cruciales para la reducción de la discapacidad debida del síndrome de enfermedad crónica. Los estudios sobre el punto de control percibido dan sustento a esta hallazgo. Se ha encontrado que aquellos pacientes que tienen un punto de control interno (o que pueden desarrollar uno) se adaptan mejor a los regímenes de rehabilitación de lo que lo hacen los pacientes que tienen (o desarrollan) un punto de control externo (Finlayson y Roulre, 1978; Poli y DeNour, 1980; Pritchard, 1979). Es posible que el punto de control se relacione con el estilo de enfrentamiento que implica que los órganos internos asumen la negación de los aspectos vanos o discapacitantes de la enfermedad, de manera que liberan los recursos necesarios para la participación en el con frecuencia doloroso y arduo programa de rehabilitación.

ESTUDIO CRÍTICO Y MIRADA HACIA EL FUTURO

Todos los estudios referidos en este capítulo describen procedimientos que son congruentes con uno o más aspectos de nuestro modelo amplio de intervención. Por ejemplo, el trabajo de Kuenzi y Fenton (1975) y Williams y Rice (1977) con los pacientes de UCI y sus familias, describe elementos de lo que nosotros llamamos primeros auxilios psicológicos, o intervención de primera instancia. Los esfuerzos se dirigen al principio a la realización del contacto psicológico con los pacientes y sus familias. El paciente recibe continuamente información precisa, la cual no sólo sirve para hacer saber al paciente que se le ha escuchado, sino que también proporciona una base para modificar percepciones erróneas, y, por tanto, incrementa la capacidad de enfrentamiento. Kuenzi y Fenton aseguran de manera explícita que ellos intentan evaluar todos los otros peligros que hacen efectos sobre la familia (esto es, que ellos exploran las dimensiones del problema). Después de este paso, están en posición de ayudar a la familia a establecer prioridades, plantear soluciones y llevar a la práctica acciones para manejar dificultades circunstanciales. Por ejemplo, ¿quién en la familia realizará las funciones más apremiantes de la misma? ¿Quién se quedará con el paciente, lo visitará más tarde, cuidará de los hijos, actuará como quien toma las decisiones, etcétera?

De manera similar, el relato de Wise (1975) acerca de las intervenciones previas y posteriores a la operación en una joven, describe aspectos tanto de los primeros auxilios psicológicos como de la terapia para crisis. Lo que Wise expresa como "orientación anticipatoria" y "apoyo del yo", pueden considerarse intervenciones de segunda instancia, que abarcan la reestructuración cognoscitiva y la adaptación conductiva (el uso de la desensibilización y reforzamiento de técnicas que ayudaron en la recuperación de la joven). La información acerca de los problemas de la chica incluyeron las dimensiones conductual, afectiva y cognoscitiva de la estructura de la personalidad CASIC descrita en el capítulo 8.

Pocos de los estudios descritos, si embargo, describen intervenciones que incluyen todos los elementos de los primeros auxilios psicológicos, o de las cuatro tareas para la resolución de la crisis. En tanto miramos al futuro y la intervención en crisis en ambientes de cuidado de la salud, nuestra visión es

quetando la investigación como el otorgamiento de servicios pueden mejorarse con la estructuración de intervenciones en concordancia con el modelo amplio descrito en la segunda parte de esta obra. Dentro del modelo, como se aplica al trabajo de los profesionales de la salud, podemos hacer algunas otras sugerencias para investigación y entrenamiento futuros.

TEMAS DE INVESTIGACIÓN

Está claro, a partir de la revisión de la bibliografía, que la mayor parte de lo que se ha publicado con respecto a la intervención en crisis a cargo de los profesionales de la salud, ha sido dentro de la variedad de estudios de casos o de la descripción de programas. De manera clara, se necesitan más estudios de investigación bien controlados, para determinar la efectividad de la intervención en crisis en ambientes de pacientes externos e internos. La investigación sobre la intervención en crisis con pacientes de cirugía ha sido la más complicada, en términos de metodología (véase Auerbach y Kilmann, 1977). Algunos estudios en esta área (Andrew, 1970; DeLong, 1971; Langer y otros, 1975) pueden utilizarse como modelos para futura investigación. Existe una necesidad de estudios controlados de manera más cuidadosa, que empleen adecuados grupos de contacto-control. Sin estos grupos como comparación de aquellos que reciben tratamiento experimental (intervención en crisis), no hay modo de determinar si los posibles efectos observados en el grupo experimental son debidos a otros factores, como son la atención, la esperanza, los placebos o la intervención en sí misma.

Toda la investigación en este campo podría sacar provecho de una definición más clara de las variables del proceso y los resultados. (Véase el análisis de este tema en el capítulo 21.) Los siguientes se manifiestan como las direcciones más fructíferas para las investigaciones más amplias:

1. Como con la preparación quirúrgica, la eficacia de la intervención en crisis de primera instancia en la unidad de terapia intensiva (Kuenzi y Fenton, 1975) debería investigarse de manera empírica. Nosotros haríamos la hipótesis de que los pacientes de UCI a los que se les proveyó de apoyo emocional progresivo, información precisa y otros aspectos de la intervención de primera instancia mostrarían recuperaciones más rápidas, cambios fisiológicos más positivos, mayor adaptación psicológica y calificaciones conductuales más positivas que los pacientes a los que se les dio la misma cantidad de contacto con el personal; pero ninguno de los componenles cruciales de la intervención en crisis.

El estudio de Bunn y Oarke (1979) sobre la intervención hecha con familias de pacientes gravemente enfermos hospitalizados, es un buen primer paso, pero necesita ampliarse. Los individuos en ese estudio recibieron estímulo para verbalizar sus sentimientos y se les dio información precisa y oportunidades para expresarlos. La investigación futura podría incluir otros componentes de la intervención de primera instancia en el régimen de tratamiento; el ayudar a las familias a planear posibles

soluciones a sus necesidades inmediatas y ayudarlas a realizar acción concreta para ejecutarlas. Además, las medidas de salud física y psicológica podrían suministrarse en varios puntos del seguimiento, en los meses posteriores, para evaluar más efectos de largo plazo por parte del tratamiento.

2. El uso de la intervención en crisis con madres que dieron a luz niños subnormales necesita un apoyo más empírico para que se incremente su utilidad. Los estudios del seguimiento de madres que han y no han recibido intervención de primera instancia en el periodo crítico siguiente al nacimiento, serían un importante paso hacia adelante. Nosotros esperaríamos que madres y padres que la reciben mostrarían mejoras en la adaptación psicológica y salud física, meses después de la salida del hospital, cuando se les comparase con los apropiados grupos de control.
 3. Oratlei y Waite (1974) han descrito un grupo de corta duración para pacientes que se recuperan de un ataque de apoplejía. Sería posible expandir dentro de un estudio en el que la adaptación del grupo en tratamiento se compararía con un grupo de contacto-control y sin tratamiento. Nosotros haríamos la hipótesis de que el grupo de tratamiento mostraría una mejoría en la recuperación, salidas más prontas del hospital y más altos niveles de funcionamiento total sobre el seguimiento, meses más tarde.
 4. Sanchez-Salazar y St.ilk (1972), como se refirió antes, han descrito intervenciones posteriores a la salida del hospital, con pacientes que han sufrido faringotomías. Las intervenciones incluyeron visitas individuales de seguimiento del personal del hospital con el paciente y su familia, estímulo para participar en el Club de la Cuerda Perdida y en terapia breve (si pareciera necesario). Debería hacerse un estudio de seguimiento con la evaluación de la recuperación y la adaptación de estos pacientes, en comparación con las de aquellos que no reciban algunas o todas las intervenciones. Además, un grupo de contacto-control (en el cual los pacientes no recibirían ninguna de las intervenciones, sino un periodo equivalente de contacto e interacción con el personal del hospital) incrementaría mayormente la solidez del proyecto experimental.
 5. Como referimos antes, numerosas descripciones han aparecido con respecto al uso de la intervención en crisis con familias y parejas en fase de uno de los miembros está en fase terminal de enfermedad (Cohen y Wellisch, 1978; Hoffman y Fuennan, 1971; Kopel y Mock, 1978). La investigación necesita evaluar la efectividad de estos tratamientos sobre el funcionamiento familiar. La cuestión fundamental es si la intervención en crisis con familias antes de la muerte anticipada conduce a una mayor salud psicológica y alcaque en aquellas que reciben la misma cantidad de atención del personal del hospital, pero no reciben intervención en crisis. Los efectos del grupo de intervención de Kopel y Mock podrían superarse a un proyecto experimental. Los pacientes podrían asignarse aleatoriamente lo mismo a un grupo de intervención en crisis, que a uno de contacto-control o a uno de control sin contacto.
- Hoffman y Futtenu han descrito numerosas intervenciones en la sala de espera para pacientes de una clínica pediátrica para tumores,

encaminadas a disminuir la tensión y la ansiedad relacionadas con las visitas. Su objetivo final era también ayudar a las familias para un enfrentamiento más adaptativo fuera de la clínica, al ponerlas a ocuparse del duelo anticipado. Si este concepto pudiera hacerse más operativo y definirse de manera conductual, sería posible evaluar la valía de esta especie de enfrentamiento. Un estudio longitudinal (con grupos de control apropiados) que evaluara el enfrentamiento posterior a la muerte por parte de los padres y los parientes que se han ocupado del duelo anticipatorio mediante la intervención en crisis; sería un importante paso hacia adelante.

6. La investigación acerca de las consecuencias del síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, por sus siglas en inglés) necesita ampliarse. No se ha llevado a cabo investigación alguna que evalúe los efectos de la intervención en crisis de primera y segunda instancia en la adaptación más tardía (por ejemplo, un año después de la muerte) de las familias, parejas y parientes. Esta clase de investigación sería muy valiosa, en especial por cuanto el SIDS crea una situación en la cual la familia no ha tenido aviso acerca del incidente traumático.

Los informes de Williams y sus colaboradores (1976) y de Williams y Polak (1979) plantean algunos temas importantes, de los cuales no pocos es para infundir alguna precaución acerca de la efectividad de la intervención en crisis en determinadas situaciones. Necesitamos analizar de manera estrecha los posibles factores que podrían haber contribuido a los hallazgos de estos autores. ¿Podría haber sido que la manera en que el equipo para crisis obtuvo acceso (mediante el representante del investigador de homicidios del condado) a los sistemas familiares afectó la capacidad del mismo para intervenir de modo efectivo? ¿Y qué, si los realizadores de la intervención hubieran sido profesionales de la salud que hubieran obtenido el acceso a las familias por los previos contactos con ellas en el hospital o la clínica? ¿Aún así, los realizadores de la intervención se habrían sentido como intrusos? No lo sabemos, pero de manera clara se necesita más investigación para evaluar los modos en que los realizadores de la intervención entran en los sistemas familiares.

7. Se requiere llevar a cabo investigación en el grupo de la intervención en crisis y aborto. Aunque se ha descrito ya las secuelas psicológicas al aborto, y han surgido descripciones de la orientación acerca del aborto dirigido hacia la crisis, no se hallaron estudios que enlazaran los procesos de intervención con una incidencia disminuida de las subsecuentes dificultades psicológicas y fisiológicas. Serían valiosos los estudios que evaluaran el impacto de la intervención en crisis previa y posterior al aborto.

ENTRENAMIENTO EN INTERVENCIÓN EN CRISIS

La distinción entre los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis trae consigo implicaciones concretas para el entrenamiento de los profesionales de

la salud en la intervención en crisis. Primero, continuará como una necesidad para los terapeutas de crisis cuya preparación formal académica puede ser en campos como enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social, orientación pastoral o la orientación para rehabilitación, para ayudar a las víctimas de enfermedad/heridas físicas en la translaboración de la experiencia de crisis. Como sugerirían la bibliografía reseñada en este capítulo, la terapia para crisis por parte de estos profesionales de la salud (en concordancia con las pautas presentadas en el capítulo 8) tiene el potencial de reducir grandemente el número de pacientes que de modo lento caen víctimas de los patrones de la discapacidad crónica. Los candidatos principales para esta clase de terapia para crisis serán aquellos pacientes cuyos recursos personales y sociales sean inadecuados para la resolución de la crisis en el ambiente natural. La disponibilidad de la terapia de amplio espectro para crisis no sólo reduciría la probabilidad de una discapacidad aún mayor (e incrementaría la probabilidad de crecimiento en determinadas áreas del funcionamiento CASIC), sino también serviría para reducir los costos del cuidado de la salud, de una manera que esperamos se vuelva manifiesta de modo creciente para las compañías aseguradoras.

Además a la disponibilidad directa de la terapia para crisis mediante ambientes para el cuidado de la salud (tanto de pacientes externos como internos), creemos que las enfermeras, de manera especial en virtud de su contacto inmediato y continuado con los pacientes, necesitan ser diestras en los procedimientos de los primeros auxilios psicológicos y estar familiarizadas con cómo las cuatro tareas para la resolución de la crisis complementan el tratamiento médico. Para entrenar a las enfermeras en este papel, se puede utilizar el material de los capítulos 6 y 8 tanto en los cursos de grado como en los de pregrado, tanto como en los talleres y seminarios de educación continua. Nuestra experiencia en la consulta con profesionales de la salud sugiere que, además de los principios presentados en estos capítulos anteriores, debería hacerse reflexión sobre lo siguiente, con el fin de adaptar los principios generales a las características peculiares de los ambientes para el cuidado de la salud.

Ayuda en situaciones aparentemente sin esperanza

Uno de los aspectos más difíciles de la intervención en crisis a cargo de los profesionales de la salud es que ellos son con frecuencia los portadores de las malas noticias para sus pacientes. La mayor parte del trabajo de crisis trae consigo las tensiones de manejar estos intensos sentimientos de los pacientes, pero la interacción se vuelve aún más difícil cuando el asistente es también el primero en informar al paciente acerca de un diagnóstico de enfermedad que amenaza a la vida o de la muerte inminente. No es poco común para un médico o enfermera que ha trabajado para evitar la incidencia o expansión de la enfermedad, el considerar la enfermedad terminal de un paciente como un fracaso personal. Algunos profesionales de la salud no han razonado a través de sus propias opiniones (que incluyen las creencias religiosas y filosóficas) acerca de la muerte, lo que los hace renuentes a abordar el tema de manera abierta con los pacientes que se están muriendo y con sus familias. Otros simplemente son ignorantes de la dinámica psicológica relacionada con la enfermedad y la le-

sión físicas, y, por tanto, están mal equipados para asistir a los pacientes en la translaboración de elementos de crisis de estos problemas físicos. Al mismo tiempo, sin embargo, muchos profesionales de la salud parecen adaptados de modo natural para el manejo de las crisis psicológicas, lo mismo si es por su experiencia de vida previa, el entrenamiento en orientación o el aprendizaje mediante la retroalimentación por parte de los pacientes acerca de la importancia de las expresiones de preocupación y cuidado humanos durante el tratamiento médico.

Con el fin de asistir a los pacientes en el enfrentamiento con las crisis vitales, en especial aquellas que precipitan la enfermedad/lesión de carácter médico, es importante que los profesionales de la salud exploren sus propios sentimientos y pensamientos (reacciones personales) hacia las crisis de sus pacientes. Pueden plantearse preguntas como las siguientes: "¿Cuáles son mis reacciones características hacia la ira/tristeza/ansiedad/angustia de los pacientes? ¿Considero la muerte de uno de mis pacientes como un fracaso personal? ¿Qué tan realista es esta visión? ¿Cómo será probable que yo reaccione (qué diré, haré, pensaré) cuando me confronte con la tarea de hablar a un paciente acerca de su enfermedad en fase terminal? ¿Si yo evito esta responsabilidad, o me apresuro al hacer los ademanes y gestos, por qué es éste el caso?"

Una vía para la preparación profesional en esta área es, para los profesionales de la salud, utilizar las cuatro tareas para la resolución de la crisis (capítulo 8), como una estructura para manejar sus propios sentimientos, pensamientos y comportamiento cuando trabajan con pacientes en crisis. Por ejemplo, la intensidad del trabajo de crisis requiere que los profesionales del cuidado de la salud deban atender su propio bienestar físico, por ejemplo, en cuánto al ejercicio apropiado como un elemento del manejo del estrés (esto es supervivencia física). También deben hallar maneras de expresar los sentimientos de frustración, depresión y, algunas veces, desesperanza, de cara al intenso dolor y sufrimiento humanos (expresión de sentimientos). Los profesionales de la salud deben desarrollar una puntual comprensión de sus propias limitaciones profesionales y aprender a realizar evaluaciones de los objetivos realistas de los pacientes, así como desarrollar sus propias filosofías/teologías de la vida, en el entorno del trabajo de crisis (esto es el dominio cognoscitivo). Por último, los profesionales de la salud deben ejecutar estrategias para mejorar sus propias aptitudes, lo mismo si es mediante la inscripción en seminarios de educación médica, ocuparse en lecturas, o consultar con colegas (éstas son adaptaciones conductuales interpersonales).

Cada profesional debe hallar sus propias respuestas específicas a estos desafíos. Compartir distintas estrategias puede convertirse en un enfoque de los seminarios de educación continua acerca del manejo de la crisis. Por ejemplo, en uno de los seminarios del autor, una enfermera advirtió que, de cara a la inevitable muerte de uno de sus pacientes, ella se recordó a sí misma (en una estrategia cognoscitiva) que los miembros inmediatos de la familia del paciente también eran pacientes potenciales para después, dependiendo de cómo ellos comenzaran el enfrentamiento en ese momento, hacia la pérdida de un ser querido. Este nuevo reto -el cómo ayudarlos para comenzar la tarea de resolución de la crisis- funcionó como contrapeso a la pérdida que ella sentía ante la inminente muerte de su paciente, y la condujo a un contacto más valioso con la familia completa.

Apartado 13-1

PROTOTIPO DE ENTRENAMIENTO: LAS ENFERMERAS

Véase los capítulos de entrenamiento (19y20), para un programa genérico de entrenamiento, el cual puede integrarse a los cursos de pregrado y grado, lo mismo que a los semestres de desarrollo profesional y de educación continua para enfermeras.

Primeros auxilios psicológicos en ambientes para la atención de la salud

Nuestra visión es que el rango completo de los profesionales de la salud y el personal de apoyo en los hospitales, lo mismo que las oficinas de atención externa, deberían estar familiarizados con los principios básicos de los primeros auxilios psicológicos, así como deberían ser capaces de proporcionar resucitación cardiopulmonar cuando sea necesaria. Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos (capítulo 6) pueden enseñarse en los cursos para graduados, lo mismo que en los seminarios de educación continua. Además, los principios esbozados en el capítulo 6, debería ponerse énfasis sobre los siguientes.

Realización del contacto psicológico

Nuestra experiencia es que este componente de los primeros auxilios psicológicos captura mucho de lo que tanto pacientes como profesionales de la salud quieren decir cuando ellos hablan acerca del trato atento y gentil por parte de enfermeras y médicos. Una de las principales necesidades de los pacientes, y de aquellos implicados en el tratamiento médico, tomarse el tiempo (con frecuencia unos cuantos minutos pueden hacer maravillas) para escuchar las preocupaciones de los pacientes. El escuchar de manera activa que es aquello en lo que el profesional de la salud comunica una comprensión de la visión del paciente respecto a la situación, lo que incluye los sentimientos de temor, es esencial, lo mismo en los PAP que en el cuidado mediante un trato atento y gentil.

Análisis de las dimensiones del problema

Más allá de las áreas identificadas bajo este componente en el capítulo 6 (el enfoque en el pasado inmediato, el incidente precipitante, el cómo considera el paciente la situación, y las decisiones inminentes), se deba poner particular atención al riesgo de mortalidad, en especial por cuanto ésta puede alterarse por la medicación prescrita. Puesto que los pacientes de crisis pueden llamar a sus médicos para obtener medicación, éstos están en una posición singular para obtener claves de una ideación y un comportamiento autoestructivos. Debería ponerse atención no sólo a las solicitudes inmediatas, sino también a la posibilidad de que un paciente esté en posesión de pastillas provenientes de prescripciones anteriores. Más allá de estas consideraciones, las claves para la evaluación y la intervención son las mismas que aquellas que se describieron en el capítulo 6.

Exploración de posibles soluciones

Un impedimento para los primeros auxilios psicológicos en los ambientes médicos (mismo que creen tanto los pacientes como algunos miembros del personal médico) que el papel del paciente es el de describir los síntomas, y que el papel exclusivo del médico es recomendar o prescribir el tratamiento. Como se enfatizó antes, es importante que los pacientes en crisis hagan tanto como puedan ayudarse a sí mismos, lo que incluye el compartir de manera activa la búsqueda de soluciones para las preocupaciones inmediatas. Nuestro mejor consejo para los profesionales de la salud es que tengan en cuenta la exploración de posibles soluciones como una verdadera empresa de conjunto en la que tanto el paciente como el profesional de la salud tienen algo que ofrecer. El paciente tiene información acerca de su propia historia, y sus inclinaciones, en tanto que el médico u otro miembro del equipo de atención de la salud tienen práctica en las reacciones comunes de crisis, las posibles indicaciones y contraindicaciones médicas, y las soluciones que han funcionado para otros pacientes. Es importante impulsar que ambas fuentes de información generen posibles soluciones para cada una de las preocupaciones inmediatas del paciente.

Asistencia para realizar acción concreta

Como con la exploración de soluciones, los pacientes pueden, de un modo demasiado rápido, echar la responsabilidad por el componente de la acción de crisis sobre el profesional. En tanto las pautas de los primeros auxilios psicológicos claramente especifican que la acción directiva es necesaria en algunas ocasiones, los profesionales de la salud deberían recordar que en la mayoría de los casos el "mejor siguiente paso" lo tomarán ellos y el paciente. Cada esfuerzo debería hacerse para basarse en las fortalezas del paciente, en tanto este último adopta la menor intervención directiva que sea posible. Como se abordó en el capítulo 8, el fin de esas intervenciones es incrementar la probabilidad de que el paciente surja de la crisis con un sentido de responsabilidad (y algún crédito que se le haya dado) por haber capeado el temporal. El conjunto cognoscitivo del profesional de la salud debería moverse hacia un proceso de negociación con el paciente en tanto de cuánto puede hacer el paciente por sí mismo, y cuáles pasos debería ejecutar el profesional (como el hablar con un familiar acerca de la condición del paciente, iniciar la hospitalización y otros semejantes).

Seguimiento para verificar el progreso

Las presiones de los casos prolongados parecen impedir el seguimiento de los pacientes de crisis a cargo del personal médico. Nuestra principal sugerencia es que los profesionales de la salud sean innovadores en vías de estructurar este importante componente de los primeros auxilios psicológicos dentro del funcionamiento de la clínica u hospital. Como se sugiere en el capítulo acerca de la intervención en crisis en las salas de urgencias (capítulo 14), es posible que el personal de apoyo realice llamadas de seguimiento a pacientes durante las horas de menor movimiento en el hospital. Otro planteamiento es sustraer compromisos por parte de los pacientes para llamar de nuevo para informar de su progreso, en particular en cuanto al cumplimiento de las canalizaciones. El punto esencial es que, el obtener un compromiso (y especificar algún procedimiento de avance directo) es la mejor vía única para incrementar la probabilidad de que el paciente proseguirá toda la acción de cualquier plan acordado tanto por el asistente como por el paciente.

Utilización de las cuatro tareas de la resolución de la crisis en la atención básica

El conocimiento de las cuatro tareas de la resolución de la crisis -la supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales- es quizá el componente más útil del modelo de crisis para los profesionales de la salud implicados en la atención básica. El problema fundamental para los médicos, enfermeras, asistentes médicos y otros que tienen contacto frecuente con los pacientes que luchan por enfrentarse con la lesión física, o que conducen síntomas físicos relacionados con el divorcio, el desempleo, y otros semejantes, es: ¿Cómo puedo evaluar el progreso del paciente en la transición de la crisis, y cómo puedo yo determinar si ésta se ha "resuelto" finalmente? Las respuestas más directas a estas preguntas se desarrollan de la estructura de la terapia para crisis que se describe en los capítulos 8 y 9. Nuestra sugerencia es que los equipos para el cuidado de la salud evalúen el progreso del paciente en concordancia con estas cuatro tareas durante el proceso de resolución, y que la línea básica de la terapia para crisis -integración del incidente de crisis dentro de la trama de la vida, y apertura/disposición para encarar el futuro- se utilice como una norma para la determinación de si el paciente (y su familia) deberían canalizarse o no a un psicoterapeuta. Más allá de las pautas descritas en los capítulos 8 y 9, las siguientes reflexiones se aplican a las sugerencias hechas por los profesionales del cuidado de la salud:

Supervivencia física

Los profesionales de la salud están entrenados de manera singular para orientar a los pacientes en esta tarea de resolución de la crisis. Los pacientes que presentan afecciones somáticas que acompañan a una crisis vital importante pueden ser inusualmente receptivos a las ideas acerca de los cambios tanto en la nutrición como en el ejercicio como medios para la supervivencia física. Otros solicitarán medicina tranquilizante para manejar la ansiedad, o una medicación diferente que ayude en la conciliación del sueño. La dependencia que pudiera resultara partir del uso prolongado, y los posibles efectos colaterales, son los dos principales impedimentos para confiar en la medicación para la supervivencia física durante una crisis. Deberíamos recordar que, al paso del tiempo (de semanas a meses) nuestra preocupación es que la medicación no interfiera con las otras tareas para la resolución de la crisis, particularmente la expresión de sentimientos y el dominio cognoscitivo. En tanto que puede haber alivio físico inmediato en la medicación, cada intento debería realizarse para alejarla de interferir con los otros aspectos del proceso de transición descrito en el capítulo 8.

Expresión de sentimientos

Muchos pacientes son víctimas de falsas conjeturas acerca de sus propios sentimientos y de cómo manejar la ansiedad, la ira o la depresión relacionadas con la enfermedad física. Agregado a esto, los pacientes y sus familias pueden esperarse que se vuelvan hacia los profesionales médicos para que les aconsejen cómo entender y enfrentarse a sus sentimientos. El profesional de la salud tiene una oportunidad de ofrecer la noción de que los sentimientos son un elemento

legítimo del funcionamiento humano, y que pueden esperarse los sentimientos intensos durante los tiempos de crisis y de tensión extrema. Al hacer un uso constructivo del poder de autoridad conferido a los profesionales de la salud por parte del paciente, aquellos pueden orientar al paciente con respecto a las vías efectivas para el manejo de los sentimientos.

Dominio cognoscitivo

Además de las consideraciones generales acerca del dominio cognoscitivo descrito en el capítulo 8, debería ponerse énfasis en que el profesional de la salud puede con frecuencia extraer inferencias muy precisas acerca de la relativa suficiencia del dominio cognoscitivo del paciente, simplemente al escuchar la manera en que éste describe las reacciones usuales, lo mismo que las preocupaciones/temores, acerca del futuro. En muchos casos, el médico o la enfermera pueden tener un impacto considerable sobre el dominio cognoscitivo al simplemente proveer información clara y precisa acerca de la condición del paciente y el pronóstico para el futuro. En otras situaciones, el profesional de la salud debe alertarse ante las distorsiones que el paciente hace acerca de la situación, y particularmente ante el significado de las mismas para el futuro. Por ejemplo, un paciente al que se le extirpó quirúrgicamente un testículo, necesitó información por parte de su médico acerca del impacto que tendría la lesión en el futuro funcionamiento sexual. En la mayoría de los casos, en tanto el profesional de la salud escucha a un paciente que describe sus temores acerca del futuro, es posible discernir, a partir de las creencias o pensamientos específicos narrados, en qué se basan los temores por el futuro. El médico puede entonces indagar de modo más amplio acerca de éstos, corregirlos si el paciente está abierto a escuchar. Si puntos de vista alternativos (en especial por parte de un "profesional"), o remitir a aquél a un terapeuta, si es necesario un trabajo más amplio; por ejemplo, si las concepciones erróneas o los temores acerca del futuro están inmersos en el arraigo más profundo de conflictos personales inconclusos del pasado.

Además de estas reflexiones, es importante para los médicos y sus colaboradores recordar que la mayor parte de las lesiones y enfermedades físicas tendrán algún impacto en la autoimagen, lo mismo cuando un paciente realiza juicios acerca de estar él mismo indefenso durante una enfermedad, que cuando siente amenazas hacia su autoimagen en el futuro. Con intervenciones quirúrgicas como las mastectomías, los médicos pueden esperar que las pacientes tendrán que volver a desarrollar una autoimagen positiva, si ha de resolverse la crisis.

El papel de los profesionales de la salud puede equipararse a las pautas para esta área en la terapia para crisis, al comenzar por asistir al paciente en el desarrollo de una comprensión basada en la realidad acerca de la situación de crisis y sus implicaciones para el futuro. En muchos casos, una breve intervención por parte del médico o la enfermera puede también ayudar al paciente a realizar los ajustes en el pensamiento requeridos por el incidente de crisis, mientras que en otros casos puede necesitar que se le remita a un especialista en salud mental. Para prepararse para ambas situaciones, los profesionales de la salud deberían estar familiarizados con los principios del dominio cognoscitivo, descrito en el capítulo 8.

Adaptaciones conductuales/Interpersonales

Los médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud implicados en el tratamiento directo de la enfermedad y la lesión deberían ser capaces de identificar las adaptaciones necesarias para un individuo que sufre de una lesión física particular, basados en su experiencia con los pacientes y en su conocimiento de la bibliografía acerca de las crisis". Como se describió en el capítulo 8, debería ponerse particular atención a los cambios en el trabajo, el comportamiento y las relaciones con las personas. El profesional de la salud está entonces en la posición de indagar acerca de si los pacientes piensan por adelantado en prepararse para las adaptaciones en estas áreas, o si es probable que se tropiecen con ellas sin estar preparados.

Una adaptación conductual relacionada de manera directa con muchas lesiones y enfermedades es la que se ha hecho referencia como "sumisión" a un régimen médico, lo mismo si éste es la ingestión de medicamentos, en el seguimiento de un patrón particular de dieta, o el ocuparse en el ejercicio físico. Más allá de encontrar un nuevo trabajo, o de aprender a relacionarse con la gente de modo diferente, muchos pacientes que experimentan crisis asociadas con la enfermedad o la lesión físicas, deben ocuparse de hacer ejercicio frecuente, cambiar sus hábitos de alimentación y/o ingerir frecuentemente medicamentos, si lo que quieren es sobrevivir. El hecho de que las personas sigan las órdenes del médico en las áreas es con frecuencia un problema complicado que tiene muchísimo que ver con la relación médico-paciente, las creencias/fantasías del paciente acerca de sanar, la falta de los apoyos familiares y sociales, y la relativa suficiencia del plan de comportamiento adoptado. (Véase el capítulo 8 para una síntesis de estrategias conductuales útiles en la resolución de la crisis).

En síntesis, la bibliografía que se citó en este capítulo provee un apoyo considerable para la incorporación de la intervención en crisis dentro de las actividades profesionales de las enfermeras y otros profesionales de la salud (Bartolucci y Drayer, 1973; Conroy y otros, 1978; Dressler, 1973; Kales y Kales, 1975; Klein, 1971; Langsley, 1978a; Lindenburg, 1972; Llinas, 1976; Miller, 1977; Shields, 1975; Smiley y Smiley, 1974; Weiskopf y Bimler, 1976). Con el fin de que la intervención en crisis llegue a ser una parte integral de los sistemas de atención de la salud, sin embargo, se necesitará realizar cambios en el entrenamiento de enfermeros y otros profesionales de la salud; ello incluiría la ampliación de los planes de estudio de muchos programas de entrenamiento profesional. Una ventaja de modelo de intervención en crisis que se describe en esta obra es que los mismos principios que utilizan los profesionales de la salud mental para tratar a los pacientes, puede también funcionar como una guía para la consulta con profesionales involucrados en la atención básica a la salud. Este modelo y lenguaje compartido pueden redundar en una comunicación más clara y, por tanto, mayor cooperación a través de las disciplinas implicadas en la atención a la salud, lo que proveerá a la larga un incremento tanto en la eficiencia como en la calidad de la atención de la salud.

Intervención de hospitales

14

Sheri I. Jeff-Simon
Karla Slaikou
Karen Hansen

Una muchacha de 18 años que ha sido violada, toma asiento bajo un estak de conmoción en una sala de urgencias de un hospital de la ciudad. Mientras un equipo médico atiende su herida, la esposa del paciente, su hijo y tres vecinos se pasean nerviosamente en la sala de espera.

Una muchacha de 18 años que ha sido violada, toma asiento bajo un estak de conmoción en una sala de urgencias, donde espera que llegue un médico. Difícilmente puede responder a las preguntas del oficial de guardia, acerca del atente. Parece, sin embargo, que ella no tiene familia, tiene pocos amigos y está temerosa de tener que regresar sola a su departamento.

Un joven padre, cuyo hijo de cuatro años acaba de morir por las heridas sufridas en un accidente automovilístico, estalla airadamente, arroja una báscula e insulta a la enfermera, mientras le dice: "¿Usted lo mató? ¿Por qué no hizo usted algo?"

El ir a una sala de urgencias de un hospital no siempre se relaciona con un incidente traumático o una crisis vital. Muchas personas, de manera rutinaria, visitan la sala de urgencias para un rápido tratamiento médico, por ejemplo, para que se les ponga una inyección contra alergias, para recibir medicación por un resfriado común. Para muchos pacientes, sin embargo, una visita a la sala de urgencias de un hospital es un acontecimiento esencialmente unido a una crisis vital importante.

Las enfermedades o lesiones que llevan a los pacientes a las salas de urgencias muchas veces atacan de manera repentina e inesperada, y con frecuencia son asuntos de vida o muerte. La crisis psicológica relacionada con la

enfermedad o la lesión física grave, con frecuencia asocia con la amenaza que se recibe hacia los objetivos importantes en la vida y la pérdida potencial, lo que redundará en sentimientos de indefensión y de una incapacidad para manejar la situación con el uso de los mecanismos habituales de solución de problemas. La visita a la sala de urgencias en sí misma llega cuando el paciente y su familia sienten primero la crisis. La conmoción, la ira, la histeria y aun la violencia física, no son síntomas poco comunes para los pacientes en crisis de las salas de urgencias. En virtud de su presencia al inicio de la crisis, los trabajadores de las salas de urgencias tienen la oportunidad de descubrir potenciales dificultades de adaptación en el futuro, y de remitir a los pacientes a los servicios públicos de salud mental.

La aptitud de las salas de urgencias para manejar las circunstancias concomitantes a las urgencias corporales, varían de manera amplia. De manera tradicional, las salas de urgencias se ha establecido para otorgar tratamiento médico, de salvación de vidas, y se le da poca atención -en términos de espacio físico, entrenamiento del personal y política administrativa- a los problemas psicológicos de los pacientes y sus familias. En este capítulo, reseñaremos la bibliografía más importante acerca de este tema y, después, ofreceremos pautas, basadas en el modelo de crisis que se describe en este libro, para la inclusión de los servicios para crisis en las salas de urgencias de los hospitales.

RESEÑA DE BIBLIOGRAFÍA

El incremento en el uso de las salas de urgencias para los problemas psiquiátricos se ha acentuado en parte a la puesta en práctica de la Ley de los Centros Comunitarios de Salud Mental (aprobada en el Congreso de Estados Unidos en 1963), la cual dejó fuera de las instituciones a muchos pacientes de los hospitales del Estado (Bassuk y Gerson, 1979; Wellin y otros, 1987; Zonana y otros, 1973). La sala de urgencias ha sido un refugio para muchos ex-pacientes que han tenido problemas de adaptación. El incremento en su utilización se atribuye también a una confianza general en el modelo médico convencional, al estigma social de buscar ayuda en los centros de salud mental (de ahí una preferencia para el "tratamiento médico"), la disponibilidad durante las 24 horas del día en las salas de urgencias, y los requerimientos de reembolso por contrato de seguro (Bassuk y Gerson, 1979; Watson, 1978). De manera paradójica, mientras el uso de las salas de urgencias para urgencias psiquiátricas ha ido en aumento, muchas de ellas no han sido preparadas para otorgar los servicios que de ellas se esperan. Con el fin de mantener sus aptitudes de "prontitud para el servicio", muchas salas de urgencias utilizan un sistema de selección que detecta a aquellos pacientes en condiciones no urgentes y los envía fuera, hacia otros servicios públicos de la comunidad (Bassuk y Gerson, 1979).

Además del incremento en el uso de las salas de urgencias para urgencias estrictamente psiquiátricas, muchos de estos pacientes presentan combinaciones de males somáticos y psicológicos (McCarroll y Skudder, 1960; Palarea, 1965). Estos males combinados con frecuencia conducen a un diagnóstico inapropiado y, finalmente, a un tratamiento inadecuado. Con una gran cantidad de investigación que indica una relación inversa entre curación y tensión, es

importante en especial atender a ambos factores, los físicos y los emocionales, dentro de una urgencia, lo cual es con frecuencia una tarea difícil para el personal que se enfrenta de modo único a la provisión de tratamiento médico (Soreff, 1978).

Algunos investigadores han señalado que algunas salas de urgencias para la formación de médicos residentes con frecuencia están equipadas de manera deficiente para el suministro de atención psiquiátrica. Se ha sabido que a los médicos residentes les desagrada el trabajo de sala de urgencias, a lo que responden con ansiedad, desempeño deficiente y aun con evitación fóbica (Amdur y Tuder, 1975; Beahan, 1970; Blane y otros, 1967; Knesper y otros, 1978; Linn, 1971; Spitz, 1976). Tales reacciones conducen a diagnósticos sin sentido, enfermedades psiquiátricas subanalizadas (Jacobsen y Howell, 1978; Spitz, 1976; Summers y otros, 1979), rechazo de pacientes (Satin, 1972; Soreff, 1978), y aun fracaso en el tratamiento de problemas físicos, una vez que se ha asignado la etiqueta psiquiátrica (Amdur y Tuder, 1975).

Estos fracasos en el suministro de atención adecuada han sido atribuidos principalmente a dos factores: la ignorancia por parte del personal de las salas de urgencias, y la inapropiada organización hospitalaria (Bassuk y Gerson, 1979; Jones y otros, 1978; Knesper y otros, 1978; Summers y otros, 1979). Por ejemplo, Spitz (1976) evaluó una sala de urgencias y encontró que los médicos que trabajaban allí eran los más expertos en el hospital, y que se les rotaba justo cuando comenzaban a acostumbrarse a los rigores de la sala de urgencias.

Los pacientes fueron tratados por personal que no tenía ni el entrenamiento ni la experiencia necesarios para enfrentar sus necesidades no médicas. Para los fines de entrenamiento, las salas de urgencia siempre tendrán que utilizar miembros rotativos del personal, pero muchas autoridades abogan por el cambio en las políticas hospitalarias, de manera que se conserve también a un personal permanente. Este podrá entonces acumular la experiencia necesaria para ayudar a entrenar al personal rotativo.

El conservar un personal permanente ofrece otras ventajas importantes, como son la provisión de oportunidades para desarrollar vínculos con otros servicios hospitalarios y fuentes de canalización comunitaria (Janzito y otros, 1978; Spitz, 1976), y para hacer factible el seguimiento sobrecada uno de los pacientes. Esto es necesario para asegurar el bienestar de cada paciente, lo mismo que para dar retroalimentación al personal sobre la suficiencia de sus servicios y canalizaciones (Hoehn-Saric, 1977). Hankoff y sus colaboradores (1974) señalan algunos factores que obstruyen el desarrollo de los servicios psiquiátricos en las salas de urgencias:

1. El personal está usualmente orientado hacia el manejo de urgencias médicas definibles.
2. Los pacientes deben desplazarse rápidamente, para hacer espacio a otros.
3. Los servicios de urgencia no están equipados para el seguimiento de los pacientes.
4. La rápida evaluación no permite que se conformen los expedientes.
5. La sobreutilización de las salas de urgencias para urgencias no médicas ha provocado una sobrecarga de personas, lo que conduce a numerosas canalizaciones hacia los servicios públicos de salud mental.
6. Se considera a los parientes como una carga que consume tiempo.

Un repaso de la bibliografía acerca de las salas de urgencias revela la existencia de algunos programas encaminados a sobrepasar estas barreras.

Patrones Innovadores de reclutamiento de personal

Muchos programas "amplios" e innovadores para las salas de urgencias han diversificado los patrones de reclutamiento de personal, que incluyen a voluntarios, estudiantes y paraprofesionales, lo mismo que a enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, psicólogos, psiquiatras, internos de psicología, médicos, residentes y equipos multidisciplinarios. Aunque los programas, el personal y el tipo de suministro del servicio pueden variar, el propósito permanece igual: utilizar los recursos comunitarios disponibles para proporcionar atención amplia a los pacientes en crisis.

Trabajadores sociales

Grumet y Trachtman (1976) describen un programa que utiliza trabajadores sociales del ámbito psiquiátrico en un centro de salud mental de Rochester, vinculado a la sala de urgencias de un hospital general. Los experimentados trabajadores sociales del ámbito psiquiátrico (título académico y tres años de experiencia) eran los únicos en el personal de salud mental emplazado dentro de la sala de urgencias. Los mismos ayudaron a los médicos con la evaluación y ubicación de los pacientes psiquiátricos cuando se cerraba el centro de salud mental. Los trabajadores sociales fueron apoyados por un psiquiatra y supervisados por un coordinador de trabajo social y director de los servicios psiquiátricos de urgencia. Existen algunas ventajas en la utilización de los trabajadores sociales: están alertas con respecto a las complejidades familiares y sociales, están familiarizados con los recursos comunitarios, no resultan intimidantes para los pacientes y pueden permanecer con un paciente, en tanto los médicos necesariamente son transferidos al siguiente caso. Mendel y Rapport (1969) sugieren otra ventaja en la utilización de trabajadores sociales en la sala de urgencias, a saber, que ellos tienden menos a la hospitalización por cuanto están menos vinculados con el modelo médico y más conscientes de los recursos de la comunidad. Grumet y Trachtman fueron cuidadosos en su reclutamiento de trabajadores, buscaron principalmente individuos que fuesen cooperativos y flexibles y, por tanto, capaces de reducir al mínimo los conflictos con los médicos. Estos autores refieren que, tras un corto periodo de resistencia, los trabajadores sociales llegaron a ser valiosos miembros del personal, e incluso ayudaron a cambiar las actitudes de muchos médicos que de manera original eran de antipatía hacia los adictos a las drogas, los alcohólicos, los pacientes suicidas y los psicóticos.

Groner (1978) describe el suministro de servicios clínicos de trabajo social en una sala de urgencias de Los Angeles. Los trabajadores sociales manejan de modo directo crisis médicas y psicológicas y pueden acudir con un consultor psiquiátrico cuando se necesite. Ellos proveen de servicios de seguimiento y realizan canalizaciones hacia instituciones. Estos trabajadores funcionan como un importante vínculo con las instituciones comunitarias, y están en buena posición como para saber cuáles recursos comunitarios son exitosos para satisfacer las necesidades de los pacientes. También son capaces de manejar una amplia gama de casos de urgencia, como son las reacciones de los miembros de

una familia ante la muerte de un ser querido; las reacciones de ansiedad relacionadas con trastornos médicos menores, con las medidas para la atención médica en el hogar y con el maltrato a los niños y el abandono de éstos.

Enfermeras

Pisarcik y sus colaboradores (1979) argumentan que las enfermeras psiquiátricas satisfacen mejor la necesidad de servicios psicológicos en las salas de urgencias, por cuanto ellas están familiarizadas con el ambiente hospitalario y trabajan de manera cómoda en un medio de atención a la salud. Pisarcik y sus colaboradores describen el papel de las enfermeras que atienden una sala de urgencias de Boston sobre una base de 24 horas al día y tienen cuatro funciones esenciales: evaluación, atención directa al paciente, coordinación y colaboración, y enseñanza y consulta.

Whitehead (1978a) también recomienda el uso de enfermeras psiquiátricas en el departamento de urgencias. Para establecer un efectivo servicio de urgencias psiquiátricas en los departamentos de consulta externa, Whitehead recomienda la inclusión de servicios de intervención en crisis que provean ayuda en el hogar y la comunidad mediante un consultorio abierto al público en el departamento de urgencias. Él sugiere el uso de enfermeras psiquiátricas para proporcionar este servicio de día y noche, respaldado por un psiquiatra consultor que se encuentre a mano. Whitehead rechaza el entrenamiento del personal de urgencias en aspectos psiquiátricos, por su falta de interés y el frecuente movimiento de ese personal.

Equipos multidisciplinarios

Algunos investigadores abogan por el empleo de equipos "medicopsicosociales" permanentes en la sala de urgencia (Bartolucci y Drayer, 1973; Burgess y Jobansen, 1976; Frazier y Moyuihan, 1978; Spitz, 1976; Weissberg, 1979; Whitehead, 1978b). Bartolucci y Drayer sugieren que la combinación de enfermera psiquiátrica-psiquiatra-trabajador social conducen a una intervención más expedita y adecuada que cuando se utiliza únicamente una de las especialidades de servicio. Es posible una variedad de combinaciones (Hundley, 1982). La principal ventaja del enfoque de equipo es que el mismo fomenta la colaboración interdisciplinaria (Weissberg) y, por tanto, facilita el intercambio de información entre los miembros del personal, las mejoras al tratamiento, las canalizaciones y la coordinación de diversos servicios que se requieren, como por ejemplo, en los casos de violación (Frazier and Moyuihan).

Consulta externa

Amdur y Tmler (1975) observaron que el personal de la sala de urgencias reacciona con ansiedad ante los pacientes psiquiátricos, porque él mismo no puede hacer una rápida categorización o prescripción de un tratamiento. Los miembros del personal, entonces, se enfrentan con esta ansiedad al negar la existencia de problema emocionales. Por tanto, Amdur y Tuder sugieren que los consultores psiquiátricos deberían encargarse de las labores de educación del personal, mismo que de supervisión, para ayudar a los miembros del mismo a reconocer y manejar sus responsabilidades con respecto a estos pacientes que les provocan ansiedad.

Soreff y Elkins (1977) describen los servicios de consulta de un centro de salud comunitario dentro de un hospital general, en el que se emplean tres enfermeras y tres asistentes clínicos. Puesto que el servicio es parte del centro de salud integral, en el que se trabaja de manera estrecha con otras áreas del mismo (atención interna, atención externa, psiquiatría infantil, psicología, terapéutica diurna y psiquiatría ambulatoria), desde estas áreas se reúnen cada semana para analizar las canalizaciones. Las mismas también están conectadas con muchos recursos comunitarios adicionales. En cuanto al servicio de urgencia, el consultor se reúne con la familia, el paciente, los médicos, las enfermeras, etcétera, registra la formación básica, las enfermedades presentes, el historial psicológico y médico y el estado mental, y después proporciona un diagnóstico y una recomendación. Los autores citados ven este programa como uno que se integra al servicio de urgencias médicas del hospital, lo que permite que éste proporcione servicios amplios a los pacientes de urgencia.

Paraprofesionales

Algunos autores han referido el uso de estudiantes entrenados y voluntarios de la comunidad que proporcionan servicios de intervención en crisis, mientras que bajo la supervisión de psiquiatras, trabajadores sociales o psicólogos clínicos (Getz y otros, 1975, 1977; McCombie y otros, 1976; Robinson y otros, 1975; Schuker, 1978). Getz y otros (1977), por ejemplo, desarrollaron un programa que empleaba a dos supervisores de tiempo parcial y utilizaba a estudiantes de pregrado y grado con especialidades académicas en servicios humanos, trabajo social, enfermería, psicología educativa y psicología clínica. Los estudiantes tomaron parte en seminarios semanales en los que se presentaban casos clínicos, se asignaban lecturas y se polemizaba sobre conceptos nuevos. Los estudiantes desarrollaron sus propias habilidades para el tratamiento y obtuvieron calificaciones para la universidad, en tanto que la comunidad recibió servicios para crisis a un bajo costo.

El programa se emplazó en una oficina adyacente a la sala de urgencias, donde los trabajadores proporcionaban orientación en persona y por teléfono las 24 horas para los pacientes, lo mismo que para los parientes y amigos de éstos. El proceso de provisión de los servicios abarcaba los siguientes pasos:

1. Se clasificaba y canalizaba al paciente mediante el médico de turno.
2. El orientador entrevistaba al paciente.
3. El orientador consultaba al supervisor para canalizar el caso clínico y trazar un plan de tratamiento.
4. Se analizaba el plan junto con el médico.
5. Se presentaba el plan de acción al paciente, y se consumaba un acuerdo para la entrevista de seguimiento.

En una evaluación del programa, Getz y sus colaboradores (1977) hallaron que los pacientes de las salas de urgencias calificaban a sus amigos, parientes y cónyuges, como los más serviciales durante la crisis, y a los orientadores como quienes fueron más útiles, en segundo lugar. De manera aparente, estos orientadores paraprofesionales fueron exitosos en sus esfuerzos por movilizar los recursos propios de los pacientes.

Los autores hacen referencia a muchas ventajas de este programa por encima de los problemas tradicionales para salas de urgencias, y esencialmente

en cuanto a que el médico tiene la oportunidad de clasificar y canalizar a los pacientes que ingresan, lo cual, por tanto, libera a aquél para atender otras urgencias.

Servicios especiales

Violación

Un tema común en toda la bibliografía acerca de la violación es que la intervención en crisis temprana es determinante para el bienestar futuro de la víctima (Burgess y Holmstrom, 1973; Frazier y Moynihan, 1978; Lefort, 1979; McCombie y otros, 1976; Schuker, 1978). El Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología ha reconocido la necesidad de atención de urgencia para todas las víctimas de violación y ha publicado pautas a seguir para esa misma atención (El Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología -ACOG, por sus siglas en inglés-, 1970).

La elaboración de servicios especiales para las víctimas de violación no es algo fácil. Existe mucha oposición de la comunidad y de los hospitales al reconocimiento de que la violación es un asunto de salud legítimo, que necesita de servicios médicos y psicológicos (McCombie y otros). La conformación multidisciplinaria del personal hospitalario, sin embargo, hace de la sala de urgencias un buen lugar para la amplia atención física y emocional (Adelman, 1976; Frazier y Moynihan, 1978; McCombie y otros, 1976). Abarbanel (1976) elaboró un modelo de programa de tratamiento para la violación en un Centro de Salud Mental de Santa Mónica, el cual otorga tratamiento médico y educación de la sensibilidad para el personal médico, y atención médica de seguimiento y servicios de apoyo para la víctima, su familia y sus amigos, lo mismo que apoyo continuo de un trabajador social, información acerca de los derechos legales y sus opciones, así como coordinación interinstitucional.

De manera similar, Burgess y Holmstrom establecen un servicio de intervención en crisis las 24 horas, para las víctimas de violación en la sala de urgencias de un hospital de la ciudad de Boston. Además del suministro de tratamiento médico y orientación para las víctimas de violación, la familia y los amigos de las mismas recibieron servicios de orientación en cuanto se necesitaron, con llamadas de seguimiento que se realizaron durante los dos primeros días siguientes a la violación, y después seguimiento, según se necesitó.

Adicción a las drogas

Aunque ellos con frecuencia se aparecen en las salas de urgencias, los adictos a las drogas son abandonados con frecuencia, en términos de apoyo emocional y canalización apropiada (Bozzetti y Kanc, 1978; Kinsela y Africano, 1977; Robbins, Katz y Stem, 1985; Yowell y Brose, 1977). Por añadidura, los adictos a las drogas son susceptibles de recibir maltrato físico; por ejemplo, en un estudio de ocho meses sobre 250 salas de urgencias relacionadas con casos de drogadicción, Duncan (1977) registró reacciones del personal que se clasificaban desde el maltrato verbal hasta el lavado intestinal como medida punitiva. Estas reacciones negativas se descubrieron en:

1. El personal que abusó sobre el trabajador y que resentía el tratarlo con gente que se inflige lesiones a sí misma

2. Una convicción de que los adictos a las drogas no tienen esperanza.
3. Una convicción de que los adictos a las drogas son pñ;blemáticos, no cooperativos y malagradecidos.

Duncan aboga por la reeducación de los miembros del personal de la sala de urgencias, para sensibilizarlos hacia las necesidades especiales de los adictos a las drogas, y para enseñarles a atender esas necesidades. (capítulo 6, Apartado 6-1: "Primeros auxilios psicológicos con pacientes bajo la influencia del alcohol y otras drogas".)

Familiares de los pacientes

Algunos autores han relatado el desarrollo de servicios para beneficiar a los usuarios indirectos de las salas de urgencias (Hankoff y otros, 1974; Sherman, 1977), puesto que los mismos son los más capacitados para otorgar ayuda futura al paciente, y la intervención temprana puede prevenir el funcionamiento desadaptativo futuro de la familia. Bloom y Lynch (1979) describen un programa en el que los estudiantes de trabajo social se reúnen con las familias en una sala de espera del área de urgencias para proporcionar apoyo emocional información acerca del acceso a los servicios, clasificación y canalización de los pacientes. Hankoff y sus colaboradores describen otro programa en el cual las enfermeras administraban orientación para crisis a las familias que redundaba en un incremento del índice del cumplimiento de las canalizaciones por parte de los pacientes; Bunn y Clarke (1979) hallaron que una breve orientación de apoyo hasta los pacientes reducía, por otra parte, los niveles de ansiedad. Estos autores ponen énfasis en la importancia de manejar la ansiedad de los parientes, con el fin de acrecentar la futura recuperación del paciente.

Seguimiento

Cumplimiento de la canalización

Aunque debe establecerse un sistema de canalizaciones en una sala de urgencias, los pacientes con frecuencia fallan en la complementación de sus canalizaciones. Algunos estudios han vinculado características de los pacientes tales como edad, sexo, clase social, ascendencia étnica y diagnóstico con el índice de complementación de la canalización. (Véase Bassuk y Gerson, 1979, para una revisión). Por ejemplo, los bajos índices de complementación se han asociado con frecuencia a los pacientes que son menores de 40 años, varones, de los más bajos grupos socioeconómicos, raza negra, o a los que se les ha diagnosticado como psicóticos; en tanto, los altos índices de complementación se han relacionado con personas que rebasan los 40 años, mujeres, de clases trabajadoras, o a las que les ha diagnosticado neurosis depresiva.

Con todo, algunos investigadores sugieren que las técnicas de canalización que se emplean pueden tener mayor efecto que las predilecciones de los pacientes (Chafetz, 1968; Rogawski y Edmundson, 1971). Antes de descartar el no cumplimiento de la canalización como un resultado de las deficiencias del paciente, el mismo puede verse como un reflejo de las insuficiencias del programa de tratamiento. Cuando el orientador, al actuar como un enlace,

cooperando con la institución de canalización, o provee la transportación, los índices de complementación de la canalización aumentan de manera notable

por encima de la simple recomendación al paciente para que vaya a la institución correspondiente (Bozzeni y Kane, 1978; Craig y otros, 1974; Jellinek, 1978; Rogawski y Edmundson, 1971; Ungerleider, 1960). Spitz (1976) halló que los intentos de canalización son inútiles sin un contacto cooperativo entre las instituciones respectivas. Los índices de complementación también se elevan cuando no existen listas de espera y cuando el servicio es accesible de manera inmediata y el resultado familiar al paciente (Bassuk y Gerson, 1979; Craig y otros, 1974). Para aumentar la efectividad de la canalización, Soreff (1978) recomienda que la vinculación de la sala de urgencias sea una parte integral del sistema comunitario de tratamiento para la salud mental.

Bassuk y Gerson destacan que muchos pacientes de las salas de urgencias buscan un alivio inmediato mediante el contacto humano. antes que una canalización para un tratamiento de largo plazo. Lazare y sus colaboradores (1972, 1976), sugieren que, por tanto, es importante comprender lo que quiere el paciente, y gestionar un plan de tratamiento apropiado. Jellinek halló que los altos índices de complementación de la canalización se corresponden con la comprensión del orientador con respecto a los objetivos individuales del paciente y su gestión del plan de tratamiento, en tanto que aquellos pacientes que no complementaron su canalización, de manera característica, fueron más imprecisos en la definición de sus objetivos y de los males que le aquejan. Jellinek concluye que, para que se incremente el éxito de las canalizaciones, los médicos deben ir más allá del diagnóstico, con el fin de esclarecer los problemas de los pacientes, identificar las necesidades individuales, transmitir las necesidades que se perciben al paciente, y trabajar con éste en la elaboración de un plan de tratamiento.

Reincidentes

Se han identificado grupos de pacientes de manera repetida regresan a la sala de urgencias. Wilcler y sus colaboradores (1977) refieren que la visión de estas personas es la del pabellón de urgencias como su "médico de cabecera". Bauer y Balter (1971) hallaron que los reincidentes tienen un perfil sintomático distinto, el cual incluye altos niveles de depresión, anorexia, pensamientos suicidas y retraso psicomotor. Estos pacientes son predominantemente mujeres que se separaron de sus cónyuges, se divorciaron o enviudaron, y con frecuencia se les clasifica como personalidades indefinidas, con problemas crónicos y permanentes (Bassuk y Gerson). Bassuk y Gerson sugieren que estos reincidentes no se benefician de la evaluación y la canalización tradicionales, y llaman a una mayor atención hacia las necesidades especiales de estos pacientes.

Retroalimentación

Los sistemas tradicionales de las salas de urgencias no han incluido los componentes de la retroalimentación y, como consecuencia, los trabajadores de las mismas no han sido capaces de mejorar su propia efectividad. Algunos autores sugieren que los servicios de seguimiento pueden mejorar la atención al paciente al suministrar retroalimentación a los miembros de su personal, lo cual les permite evaluar el progreso y la atención de cada paciente. Burgess y Johansen (1976) sugieren que las responsabilidades del seguimiento hacen que los orientadores sean más responsables de la atención que proporcionan. Además, Spitz (1976) sugiere que un cambio del énfasis en la simple disposición

para el establecimiento de objetivos para los pacientes y sus familias ayudarán a elevar el estado de ánimo del personal, lo que a su vez debería beneficiar a los pacientes.

PAUTAS PARA EL SUMINISTRO DE LOS SERVICIOS

La bibliografía reseñada indica que es posible de manera clara el otorgar servicios para crisis como parte del trabajo en curso de una sala de urgencias, aunque aún faltan pautas concretas acerca de las consideraciones más importantes para la proyección de estos sistemas de suministro de servicios. Las siguientes sugerencias emergen de manera directa de la teoría de la crisis y el modelo de intervención que se presentan en el presente libro:

1. Puesto que la enfermedad y la lesión física con frecuencia son precipitantes de la crisis psicológica (capítulo 4), las salas de urgencias deberían estar equipadas para proporcionar servicios de intervención en crisis a los pacientes, lo mismo que a sus familiares o amigos cercanos.
2. Puesto que las visitas a las salas de urgencias ocurren muy poco después de los incidentes precipitantes en sí mismos, los primeros auxilios psicológicos, por oposición a la terapia para crisis, son el tratamiento de preferencia.
3. Tres componentes principales de los sistemas -política administrativa, entrenamiento del personal y espacio físico- deberían proyectarse de manera que puedan satisfacerse los objetivos de los primeros auxilios psicológicos (sustitución de apoyo, reducción de riesgo de mortalidad y enlace con recursos de ayuda).

Política administrativa

Cada hospital debe decidir qué parte del personal se ocupará del otorgamiento de los aspectos relacionados con los primeros auxilios psicológicos. La bibliografía acerca de las salas de urgencias sugiere que el uso de equipos multidisciplinarios, con trabajadores sociales y otro personal no médico como miembros, disponible para conversaciones con duración desde media hora hasta varias horas y con personas en crisis, es el enfoque más rentable, puesto que libera al personal médico (médicos residentes, enfermeras, etcétera) de tratar problemas médicos. Al mismo tiempo, puesto que el trastorno en el comportamiento, los pensamientos y los afectos probablemente se expresarán casi a cualquiera que se encuentre trabajando en la sala de urgencias, todo el personal de la misma debería entrenarse para el otorgamiento de los primeros auxilios psicológicos. Por ejemplo, en tanto un médico residente o una enfermera podrían no destinar la misma cantidad de tiempo en hablar con un paciente en crisis de lo que lo hacen un trabajador social o un capellán, aun así, aquellos deberían conocer técnicas para la realización del contacto psicológico para disipar las emociones intensas, y deberían ser capaces de reconocer las claves para comportamientos suicidas u homicidas (véase el capítulo 6). Una política

administrativa completa también determinará que una porción del tiempo del personal de la sala de urgencias se utilice para llevar a cabo prácticas de intervención de seguimiento, con el fin de verificar si las canalizaciones se complementaron y también para indagar acerca de la resolución de la crisis. La política administrativa podría abarcar, por ejemplo, la asignación del tiempo para el trabajo social para que incluya la misma labor de "avanzada" que sirve a los de seguimiento y trabajo de vinculación con otras instituciones. Puesto que el bajo de las salas de urgencias es muy exigente, Spitz recomienda turnos de trabajo de 5 a 6 horas de duración, con alrededor de 25 horas de servicio de primera línea a la semana, y emplear el resto del tiempo en el seguimiento, registrar a los pacientes que ingresan, la realización de actividades educativas y visitas a los centros comunitarios. De cualquier manera que se asigne al personal, los distintos papeles de la intervención deben recibir legitimidad administrativa al ser inscritos dentro de la descripción del tipo de trabajo del personal de la sala de urgencias.

Entrenamiento del personal

Muchos trabajadores de las salas de urgencias habrán recibido entrenamiento para intervención en crisis como parte de su educación en la escuela graduada (en trabajo social o enfermería psiquiátrica), aunque otros necesitarán entrenamiento en la práctica para aprender las habilidades efectivas para la crisis. Los programas breves, en cualquier parte que se lleven de unas cuantas horas a un día entero, pueden elaborarse al estar disponible el material de la Primera Parte de esta obra, el modelo de los primeros auxilios psicológicos de los capítulos 6 y 7, y en especial las pautas de entrenamiento de los capítulos 19 y 20. Sería posible también filmar en vídeo una secuencia completa de entrenamiento, para que sirviera de orientación de todos los empleados nuevos. Los que forman parte del personal, desde las recepcionistas hasta los médicos, deberían estar familiarizados con cómo la enfermedad o la lesión física pueden precipitar crisis vitales del tipo de las que se describen en el capítulo 2. Estos miembros del personal deberían comprender el comportamiento caprichoso, amenazante e incluso peligroso que puede ser parte de la experiencia de crisis. Todos los empleados deberían entrenarse también en el reconocimiento de los signos de riesgo de mortalidad, y en el uso de las técnicas de los primeros auxilios psicológicos para la provisión de apoyo, reducción de la mortalidad y establecimiento de enlaces para una ayuda más amplia. Los programas de entrenamiento deberían enfocarse también en la identificación de cuáles proporciones del modelo de primeros auxilios psicológicos son las más importantes para cada grupo de trabajadores. Por ejemplo, se puede esperar que las recepcionistas den pasos para evaluar y reducir el riesgo de mortalidad por completo, pero de ellas puede esperarse que hagan del conocimiento de las enfermeras y otros miembros del personal la información sobre cuestiones amenazantes. Las recepcionistas también deberían entrenarse en la utilización de la parte del "contacto" del modelo de los primeros auxilios psicológicos (un uso juicioso de las aseveraciones empáticas), para permitir que los pacientes hablen, como un medio para disipar las emociones en cualquier momento durante la visita a la sala de urgencias.

Espacio físico

La tercera variable de los sistemas que deben cont,rolar para pennitir el otorgamiento de los servicios para crisis en el espacio físico, loque incluye salas de espera, de revisión médica y para realizar entrevistas. Las salas de espera deberían ser amuebladas para la comodidad y deberían ser lo suficientemente amplias como para dar cabida a la familia y amigos que acompañan al paciente. Las salas de entrevistas privadas deberían estar disponibles de tal manera que trabajadores sociales, capellanes, enfermeras psiquiátricas y otras puedan hablar con los pacientes y miembros de su familia lejos de la vista de otros pacientes y del personal.

Coordinación con otros sistemas de suministro de servicios

Al planear los servicios de crisis para las salas de urgencias de los hospitales, deberían identificarse otros recursos dentro del hospital y la comunidad, de manera que el sistema de urgencias pueda hacer el mejor uso de estos otros servicios, y de modo que estos recursos puedan, a su vez, utilizar los servicios de la sala de urgencias. Dentro del hospital, la canalización del **mea** de psiquiatría, la oficina del capellán, la clínica para atender la tensión, la orientación para el dlelo, et<:étera. debería ser un asunto tan expedito como una canalización a **myos X**, cardiología o patología. De modo similar, la sala de urgencias debería mantener un contacto frecuente con los servicios comunitarios externos al hospital, como son líneas telefónicas de urgencia, ministros de culto, la policía, centros de salud mental, instituciones de servicios sociales; y otros semejantes. Estos contactos son un elemento necesario tanto para el enlace hacia otros recursos e<nno para el seguimiento -2 de los 3 objetivos de los primeros auxilios psicológicos; os.

Evaluación

Las **l**egias de evaluación para los servicios de crisis en las salas de urgencias se continúan de manera directa a las consideraciones recién mencionadas. ro, la <lisición de una sala de urgencias para suministrar servicios para crisis se determina por la evaluación de si los sistemas de política interna, personal e instalaciones están situados o no como **P81'** a permitir al personal el suministro de los {limeros auxilios psicológicos a **D\$** pacientes y sus familias. Esta es la prúne m vía para la evaluación programática para los servicios de crisis en las salas de urgencias. El sigt dente niveles medir los resultados de determinar el grado en el que se están logrando los **M:** S objetivos, de los primeros auxilios psicológicos, **mante** una(s) muestra(s). particulares) de los pacientes y **fi**hres que **vm** la sala de urgencias. Al seguir la estructura de investigación que se proporciona en el capítulo 21, se pueden recopilar datos al final del **conto** para los primeros auxilios psicológicos (justo antes de que se vaya el paciente) y, después, durante el seguimiento por teléfono, cuando los miembros del personal revisen si se han complementado las canalizaciones y si el paciente y su familia tienen un enfrentamiento exitoso con la crisis. La estructura de la

terapia para crisis (capítulos 8 y 9) puede proporcionar una guía para la evaluación del progreso del paciente (es decir, la evaluación de hasta qué punto el paciente recupera el equilibrio emocional, integra a clientes de crisis a la trama de su vida y se manifiesta listo para seguir viviendo). Al hacer del seguimiento por teléfono una parte de la **ll**icío in'."a e la sala de urgencias, se puede llevar a la práctica una evaluación **slgmfic3:**oa a un costo relativamente bajo. El seguimiento telefónico sirve tanto para el seguimiento individual (con canalización a una ayuda más amplia, cuando se necesita) como para permitir un programa de evaluación más amplio de los **sic**ios de las salas de urgencias. El contacto directo y de avance con los pacientes en crisis es un trabajo extenuante para el personal de servicio social asignado a las salas de urgencias; Al utilizarse una porción del tiempo del personal del seguimiento telefónico, el hospital les otorga una pausa en la mañana, y también hace posible la evaluación del programa.

La bibliografía referida da fe del hecho de que el servicio para crisis puede integrarse dentro del funcionamiento ordinario de una sala de urgencias. Sin embargo, las restricciones de tiempo, recursos humanos y espacio físico significan que se debe poner un gran cuidado en la determinación de cuáles servicios deberían proporcionarse y quién debería hacerlo. Nuestra esperanza es que las pautas que se ofrecieron en este capítulo ayuden a los planificadores, administradores y entrenadores a decidir acerca de la mejor distribución de recursos para hospitales individuales. •

Intervención en crisis para individuos con enfermedad mental grave y persistente

15

Frances C. N. Lesicko
Karl A. Szaikou
D. Ross Miller

La intervención en crisis para individuos con enfermedad mental grave y persistente

humanos, y que son, en y por sí mismas, un reflejo de la patología de la enfermedad mental. En tanto que la mayoría de los modelos de intervención analizan la respuesta de los individuos "normales" a los principales traumas de la vida e incidentes de crisis, también es cierto que los desencaflos, pérdidas, reveses de la vida, muerte de seres queridos, pérdidas amorosas y sueños no cumplidos, pueden precipitar una crisis a cualquiera. Y, en la experiencia del desarrollo de una enfermedad mental puede ser una crisis en y por sí misma, lo mismo que puede serlo una recaída después de un periodo de atenuación en el curso de una enfermedad mental.

Este capítulo demostrará las aplicaciones de nuestro modelo amplio de intervención en crisis con individuos que padecen enfermedad mental. El modelo no es sustituto de la intervención psiquiátrica, sino que, antes bien, funciona como una guía para el suministro de la intervención en crisis en conjunción con la atención psiquiátrica. Con mucha frecuencia un servicio para crisis proporciona un punto de entrada al sistema de salud mental; o es el lugar al que acude un paciente con tratamiento de largo plazo cuando comienza a desestabilizarse en el curso de una enfermedad mental (Hansell, 1970).

Comenzaremos con los antecedentes de la enfermedad mental crónica dentro de la comunidad, y entonces abordaremos las características específicas de las crisis para aquellos pacientes que tienen una enfermedad mental. La tercera parte de este capítulo enfocará la aplicación de los primeros auxilios psicológicos hacia este segmento de la población. Se pondrá especial atención

a la reducción de la mortalidad, por cuanto quienes están enfermos de la mente presentan mayores índices de suicidio que la población general, y por otra parte, es más probable que muestren comportamientos que planreen un riesgo para ellos mismos o para quienes les rodean. La cuarta parte de este capítulo encauzará la terapia para crisis y las tareas de resolución de la misma hacia los individuos con trastornos mentales. La sección final abordará los temas de investigación y las tendencias a futuro.

ANTECEDENTES

En 1963, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley para los Centros comunitarios de Salud Mental, con lo que planteó el escenario para importantes cambios en el tratamiento de individuos con enfermedades mentales crónicas. Los hospitales estatales, los ambientes fundamentales para el tratamiento de trastornos mentales durante un siglo y medio, comenzaron a dar salida a los pacientes de largo tratamiento hacia la comunidad. Muchos de estos hospitalizados cesaron. Muchos observadores del fenómeno pregonaron un nuevo enfoque —un tratamiento humano dentro de la comunidad antes que en extensas, aprisioantes instituciones—, con el objetivo de los centros comunitarios de salud mental y otros servicios comunitarios de proporcionar tratamiento externo a los antiguos pacientes de los hospitales del Estado. Un individuo que llegara a ser un peligro para sí mismo o para los demás podría ser encomendado, por un periodo específico, a un hospital del estado, pero su emplazamiento allí no sería por un plazo largo. Así, los enfermos mentales no estarían más durante décadas en tales instituciones.

Desde la década de los sesenta, aunque se dio de alta a los pacientes, se cerraron los hospitales del Estado y se abrieron los centros de salud mental, muchos pacientes no fueron contactados con los centros de tratamiento comunitario. Algunos de estos nuevos centros proveyeron más tratamientos a pacientes mentalmente sanos y a los "problemas en la vida" que a individuos con enfermedades mentales persistentes. Los servicios de apoyo que tienen como objetivo a los individuos mentalmente enfermos, simplemente no se implementaron en la comunidad; el nivel de amplitud para apoyar de modo adecuado a aquellos en tratamiento se les otorgó dentro de la comunidad. Los servicios para crisis y urgencias fueron reducidos de manera creciente para abordar las necesidades de individuos con enfermedades mentales graves y prolongadas.

Se enfocó en aquellos que fueron sacados de los hospitales del Estado y en los miembros mentales de edad más avanzada que quienes habían oído parte de su vida en esas instituciones. El número de ellos era significativo y, al paso de los años, llegaron a ser relativamente numerosos en la vida diaria y las expectativas de una instrucción de gran tamaño. Muchos fueron readmitidos en hospitales para ancianos y se redujeron bastante; aunque algunos fueron admitidos en instituciones públicas de asistencia, que iban aumentando en cantidad; y otros llegaron a quedarse sin hogar. La esencia de los problemas de los ancianos que salieron de los hospitales del Estado (estabilidad al menos relativa) es que los pacientes más jóvenes, que por lo general son más sagaces, funcionan y funcionalmente a los casos de

enfermedades) significó que, de manera inicial, los servicios para crisis no fueron sobrecogidos por los pacientes recién salidos de los hospitales estatales.

Pero para las personas que se han vuelto mentalmente enfermas años más recientes, la hospitalización en instituciones del Estado ha sido más corta. Y la condición de aquellas al ser dadas de alta ha sido con frecuencia menos estable. De hecho, el periodo relativamente corto de hospitalización ha redundado en que la mayoría de los ingresos a las instituciones del Estado se vuelvan reingresos como en individuos que habían sido previamente tratados y dados de alta de regreso a la comunidad, pero que no habían sido casos exitosos o no habían experimentado una exacerbación de su enfermedad mental. Con la carencia de los apoyos comunitarios necesarios, experimentar inestabilidad en el pensamiento, el ánimo o el comportamiento, estos [pacientes con frecuencia, y en muchos casos de manera repetida, llegan a la atención de los trabajadores de los servicios comunitarios. Estos nuevos pacientes crónicos en crisis los describen numerosos autores en la bibliografía acerca del tema, en particular aquella que analiza el tratamiento en la sala de urgencias psiquiátricas (Bassuk y Gerson, 1980; Bender, 1986; Caton, 1981; Ellison y Wharf, 1985; Gerson y Basuk, 1980; Nurius, 1983, 1984; Pepper y otros, 1981; Schwartz y Gollinger, 1981).

Muchos miembros del personal de servicios para crisis hallan que estos pacientes son frustrantes, porque los mismos con frecuencia representan un fracaso del tratamiento o un desgaste de los recursos del personal. Algunos pacientes ni acatan el tratamiento ni complementan las canalizaciones. Muchos de ellos también son adictos al alcohol o a 3.5 drogas (Pepper y otros, 1981). Estos pacientes representan a una diversidad de clases de diagnóstico, aunque, de ellos, dos tercios pueden esperarse para tener alguna enfermedad mental importante (esquizofrenia, trastornos afectivos importantes, psicosis atípicas). Otros diagnósticos comunes son trastornos de la personalidad, trastornos del comportamiento, neurosis, adicción a las drogas o el alcohol, o síndromes orgánicos. Pepper y otros también observan que el problema común entre todos estos pacientes es "su aguda vulnerabilidad a la tensión, su dificultad para hacer relaciones estables que les sirvan de apoyo, su incapacidad para obtener y conservar algo bueno en sus vidas, y sus repetidos errores de juicio" (página 464). Estas características, por supuesto, redundan lo mismo en una susceptibilidad que en una dificultad para manejar la crisis.

ENFERMEDAD MENTAL Y CRISIS

Existen algunas características de la enfermedad mental y su relación con la crisis que tienen un efecto directo sobre las estrategias de intervención.

Síntomas

Ciertos síntomas son comunes en los trastornos de enfermedad mental. En la esquizofrenia, las distorsiones de la percepción y las dificultades en el pensamiento son frecuentes. Pueden experimentarse ruicaciones (la más frecuente)

alucinaciones auditivas, que se experimentan como "voces" que escucha el paciente). Por momentos escas voces pueden gobernar u ordenar al individuo para que se comporte de maneras particulares; se hace referencia a este síntoma como una alucinación de mandato. Por momentos, un individuo con esquizofrenia puede creer, o inclusive "oír", que sus pensamientos internos se transmiten por televisión o radio. Puede parecer para estos individuos que alguien controla o les roba sus pensamientos. Los esquizofrénicos también pueden experimentar delirios (creencias irracionales que son absurdas de manera patente y no reflejan la realidad). Por ejemplo, un individuo puede creer que es famoso, o que es personalmente responsable de una crisis energética, o que es víctima de una conjura por parte de cientos de personas, las cuales tratan de matarlo. Con frecuencia las asociaciones mentales y verbales estructuradas por estos individuos parecerán inconexas o tangenciales, y las mismas pueden saltar de una idea a otra, sin que ello tenga mucho sentido. Estos síntomas están entre los más notables y evidentes signos de un pensamiento desordenado, el cual está presente en muchos individuos con esquizofrenia y otros estados psicóticos.

Las perturbaciones del estado de ánimo son también comunes en los individuos con enfermedades mentales importantes. Por momentos, un esquizofrénico puede estar en un estado altamente agitado, excitado. Otros individuos con esquizofrenia pueden demostrar un afecto "plano", con alguna indicación de algún tipo de emoción. Los individuos con trastornos afectivos o del estado de ánimo pueden presentar emociones extremas. Los individuos en estados maníacos muestran hiperexcitabilidad, altos niveles de energía y agitación, delirio de grandeza y falta de sueño. Los individuos deprimidos muestran desesperanza, bajos niveles de energía (o, por momentos, ansiedad y agitación), tristeza extrema, no apropiada para las circunstancias, falta de sueño y una falta general de interés por la vida. Cualesquiera perturbaciones en el pensamiento o estado de ánimo en un paciente que presenta crisis de comportamiento deben ser señaladas como parte de la fase de evaluación de la terapia para crisis.

Descompensación

Los individuos con enfermedad mental son vulnerables a las crisis de descompensación psicológica, la exacerbación o reaparición de síntomas que habían estado bajo un control al menos parcial, por un cierto periodo. Aunque muchos de los enfermos mentales experimentarán episodios futuros o ya presentes en lo subsiguiente a su primer episodio, se comprende poco acerca de los ciclos en la enfermedad mental. La descompensación puede ocurrir por una razón no identificable, por razones relacionadas con la medicación, ciclos del estado de ánimo, o utilización de drogas, o como una respuesta ante una crisis o tensión en curso. Es significativo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), en su tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-II) y su revisión (DSM-III-R 1987) haga uso de escalas en las que se evalúan la gravedad de los aspectos que provocan tensión psicológica, por cuanto éstos pueden hacer impacto sobre el funcionamiento de un individuo. Los aspectos que provocan tensión se definen en términos de incidentes graves o circunstancias dolorosas en la vida de un individuo. Un incremento en los síntomas o adversidades en un individuo que se enfrenta a una tensión extrema puede considerarse de manera diferente respecto de un incre-

mento de los mismos síntomas en un individuo al que no le han ocurrido situaciones de crisis o plenos de tensión. Por ejemplo, un paciente que se descompensa después de la muerte de uno de sus padres, el cambio en la situación de su vida, los problemas financieros y un embarazo no deseado, podría verse de manera diferente, con distintas indicaciones de tratamiento, respecto de un individuo que se descompensa sin aparentes aspectos externos que provoquen tensión o crisis externas. Para ambos, sin embargo, si la descompensación redundara en una hospitalización prolongada y una desorganización en otros ámbitos de la vida, el episodio en sí mismo puede representar una crisis para el individuo.

Diagnóstico como crisis

El que se descubra y se diagnostique que se tiene una enfermedad mental puede ser una crisis en sí misma. La edad más frecuente para el ataque de una enfermedad mental se presenta al final de la adolescencia y al inicio de los 20 años (Forrey, 1988). Hasta antes de esta etapa, pueden no haber habido indicaciones claras de que el individuo tiene problemas. Por momentos, el inicio de la enfermedad es lento e insidioso, y de modo inicial puede aparecer como parte de la adolescencia normal. Por ejemplo, un adolescente que aparenta que está actuando como un niño solo, puede estar en una fase normal de desarrollo, pero también puede estar exhibiendo signos de un incipiente trastorno mental. Si se trata de esto último, el individuo con frecuencia notará que está experimentando los síntomas iniciales de una enfermedad mental. Las familias y los amigos pueden confundirse por los cambios de comportamiento de ese adolescente. De manera usual, algún incidente desata la búsqueda de ayuda de parte de alguien que está en el sistema de relaciones del individuo; con frecuencia, ese incidente representa una crisis para el individuo, el sistema, o ambos. En este punto, un profesional de la salud mental puede determinar que la persona sufre por una enfermedad mental y puede comenzarse un apropiado tratamiento y medicación. Incluso si el incidente que desata la búsqueda de ayuda no tiene proporciones de crisis, el que se otorgue una clasificación de "enfermedad mental" puede representar una crisis para el individuo y su familia. El siguiente ejemplo ilustra de la experiencia clínica inicial del autor:

Un hombre al inicio de sus 20 años había comenzado a experimentar problemas poco después de haber completado sus estudios escolares. Se enroló en el servicio militar, pero fue incapaz de completar el entrenamiento básico después de varios intentos. Entonces probó en varios trabajos, pero fue incapaz de conservar alguno por más de unos cuantos días, debido a su falta de concentración y a su comportamiento extravagante. Estaba desestimulado por su falta de éxito, incluso cuando llegó a estar crecientemente preocupado por sus pensamientos delirantes. Él relató más tarde: "Yo pensaba que tenía toda clase de poderes y que conocía a actores y actrices famosos. Pensaba que había embarazado a una conocida, aunque difícilmente la conocía y nunca la había tocado. Pensaba que estaba obteniendo mensajes especiales desde la televisión. Entonces mis padres me colocaron dentro de un hospital y yo ni siquiera supe por qué estaba yo allí. Pregunté a la enfermera por qué estaba

yo allí y su explicación no tuvo sentido. Por último, pregunté cuál era mi diagnóstico, y me dijeron: "esquizofrénico". Yo no sabía lo que eso significaba, así que lo busqué en el diccionario y decía "mentalmente enfermo. Sentí algo semejante a un colapso. A lo largo de todo aquello, nunca se me ocurrió que yo pudiera estar mentalmente enfermo. Yo estaba loco y ni siquiera lo sabía" (de los archivos del autor).

Un diagnóstico de enfermedad mental usualmente llega como consecuencia de algún tipo de crisis o comportamiento incontrolable, pero, de nuevo, el diagnóstico en sí mismo también puede representar una crisis. Algunas personas no se afectarían fuertemente al saber que tienen una enfermedad mental importante. Las familias con frecuencia son lanzadas dentro de una crisis. Como lo estableció una madre: "Si usted me hubiera dicho que mi hija podría tener leucemia, o una enfermedad mental, yo hubiera dicho que prefería que ella tuviera leucemia" (Walsh, 1985). La ignorancia —y el resultante estigma con respecto a la misma— de la enfermedad mental con frecuencia complica el proceso de la aceptación del diagnóstico y la comprensión de la enfermedad. Aun más, la enfermedad mental puede redundar en deficiencias de pensamiento y estado de ánimo que pueden hacer aún más difícil la comprensión y el enfrentamiento con el diagnóstico. Algunos individuos negarán que tienen una enfermedad mental debido a sus temores acerca de ello. Otros, en especial aquellos cuyos síntomas incluyen paranoia y pensamiento delirante; pueden negarlos como parte de su deterioro en el pensamiento.

Limitaciones Impuestas por la enfermedad

La enfermedad mental puede redundar en numerosos deterioros y pérdidas. Por ejemplo, un individuo puede ser incapaz de proseguir la carrera elegida debido a los deterioros resultantes de la enfermedad mental, su dificultad para manejar la tensión e incluso de los prejuicios de los demás acerca de las capacidades de los mentalmente enfermos. En los Estados Unidos a menudo se expresan dudas acerca de las capacidades de un candidato presidencial que pudiera haber buscado orientación para salir de una crisis, y tales dudas se agravan cuando ello implica un "tratamiento psiquiátrico" y un diagnóstico de enfermedad mental (Trafford, 1988).

Los problemas de pensamiento y estado de ánimo que resultan de la enfermedad mental, con frecuencia limitan las capacidades de los individuos para manejar futuras situaciones de crisis. Las hospitalizaciones prolongadas y los periodos de inestabilidad pueden interferir con las relaciones sociales y el funcionamiento profesional. Tmrey (1988) da un ejemplo de una mujer que, en un curso de 18 años de enfermedad mental tuvo 27 ingresos a otros diferentes hospitales y 45 cambios de ambientes de tratamiento. Para un individuo que no está mentalmente enfermo, muchos cambios en la vida serían desorganizados y trastomantes. Para un individuo particularmente sensible a la tensión, con deficientes habilidades sociales y psicosis recurrentes, esos cambios pueden ser altamente traumáticos y pueden limitar seriamente la estabilidad en su desempeño. Incluso la aceptación del diagnóstico de enfermedad mental resulta en alteraciones de las expectativas para la vida y en dudas acerca de la capacidad

de uno para evaluar y manejar una diversidad de situaciones. El estigma de semejante clasificación puede provocar que los amigos se aparten de la persona con enfermedad mental y puede también hacer que esta última después esté más indecisa de buscar ayuda de lo que lo estaría en caso de una enfermedad física. Con frecuencia se percibe a la enfermedad mental como resultado de una debilidad por parte de alguien. Aunque ahora los profesionales son menos culpados por las familias, mitos persistentes y estereotipos pueden provocar que las familias se culpen a sí mismas de la enfermedad mental de uno de sus miembros. La persona mentalmente enferma puede experimentar un sentimiento de debilidad, de que si hubiera sido alguien con más méritos o más inteligente o una mejor persona, la enfermedad mental no hubiera sobrevenido. La persona mentalmente enferma puede necesitar una adaptación a sus expectativas vitales y cambiar sus esperanzas y sueños para el futuro; tales adaptaciones son difíciles en sí mismas, y se complican grandemente cuando el hecho de la enfermedad se asume de manera equivocada como reflejo, además, de flaquezas morales, descuidos familiares y falta de recursos con los cuales manejar la vida.

Pérdidas familiares y financieras

Con frecuencia de cara a las enfermedades mentales y a las graves pérdidas que experimentan sus víctimas, otras crisis vitales cobran demasiada importancia. Las familias, y en especial los padres, pueden funcionar como un recurso de apoyo importante para los jóvenes adultos con enfermedades mentales debilitantes. El adulto con enfermedad mental puede obtener apoyo emocional y financiero de parte de sus padres. Puede continuar su vida con éstos en la edad adulta. En tanto los padres envejecen o mueren, los efectos sobre un hijo o una hija mentalmente enferma pueden ser incluso más devastadores, por la dependencia de la persona respecto de sus padres, y la falta de otros apoyos sociales. La sintomatología puede producir crisis dentro de la familia, tales como que los padres estuvieran "perdidos", aun cuando ellos todavía vivan. La pérdida de los padres puede dejar a la persona sin otros apoyos sociales o financieros, y con pocos recursos que ayuden en la búsqueda de esos apoyos.

De manera desafortunada, un individuo con enfermedad mental puede ser totalmente vulnerable. Con frecuencia la carencia de recursos personales o públicos deja empobrecidos a los enfermos mentales; muchos de quienes en los Estados Unidos no tienen hogar, parecen sufrir de una enfermedad mental. La efectiva resolución de la crisis con frecuencia requiere de atención al bienestar físico del individuo, en crisis; el empobrecimiento y la falta de hogar significan que con frecuencia los individuos mentalmente enfermos entran en crisis deficientemente alimentados, sin vestimenta y refugio adecuados, y sin la capacidad de proveerse de esto durante las crisis cuando ello puede ser incluso más importante.

Inconstancia en los ambientes para el tratamiento

Los individuos con enfermedad mental crónica con frecuencia tienen aptitudes sociales limitadas, y unos cuantos apoyos sociales. La red social para un individuo con enfermedad mental con frecuencia está limitada a los miembros

de su familia, otros individuos con enfermedad mental y al personal o los programas para los mentalmente enfermos. El último grupo puede incluir al personal de programas para médicos residentes, el personal de **prog** de tratamiento por día, o directores de casos clínicos dentro de la comunidad que ayudan a los pacientes a satisfacer sus necesidades básicas para vivir. Pro. los ambientes para el tratamiento psiquiátrico, particularmente en el sector público, con mucha frecuencia tienen índices altos de cambio de personal. Cuando un miembro confiable del personal abandona una institución, los pacientes pueden experimentar una crisis. Puede ser difícil para el paciente relacionarse o confiar en un nuevo miembro del personal. El paciente puede experimentar sentimientos de desamparo.

Los programas pueden disminuir al mínimo el impacto del cambio de personal al emplear equipos de dirección de casos clínicos trabajar con los pacientes, de manera que, aun cuando una persona se vaya, exista otro personal que conozca bien al paciente y así permanezca alguna coherencia y constancia en la situación. También, los programas deberían ayudar a los pacientes en la preparación para la partida de los miembros del personal, y debería realizar una gradual, antes bien que abrupta. transición, siempre que sea posible. Aún más, la dependencia creada por la enfermedad mental y la carencia de apoyo hacen de la pérdida y el cambio dentro de los ambientes para el tratamiento, algo especialmente difícil para los pacientes.

Maltrato físico y sexual

Muchos individuos con enfermedades mentales han sido maltratados física y sexualmente. Aun la hospitalización no es garantía contra el maltrato, por cuanto otros pacientes pueden ser agresivos y ofensivos. Una persona mentalmente enferma a quien se convierte en víctima, con frecuencia tiene menos a qué recurrir que los demás individuos. Si el sujeto que hace el maltrato es otro paciente, éste probablemente deberá permanecer dentro del hospital o sitio. La, con frecuencia con una pequeña consecuencia aparente a los ojos de la víctima del maltrato. Cuando acontece una aprehensión, el infonno de la víctima mentalmente enferma puede tener un pequeño impedimento y el relato de ésta puede ser puesto en duda, simplemente, por causa del diagnóstico de enfermedad mental. Los individuos mentalmente enfermos con frecuencia no atestiguan de un manera creíble en los procesos entribunales. Como resultado, los individuos con enfermedad mental grave y persistente son un grupo privado de sus derechos ciudadanos, oír frecuencia hechos víctimas y cuyos victimarios reciben escasas consecuencias.

La condición de personas sin hogar de muchos de estos individuos, y su frecuente condición física debilitada, acrecientan el riesgo de maltrato. Estos pueden hallarse incluso entre aquellos que alcanzaron un rápido éxito significativo en la vida. Por ejemplo, la Red de Noticias por Cable (*Cable News Network*. CNN) (1987) produjo una película en la cual la antigua estrella de futbol americano de los Empacadores de *Green Bay*, Lionel Aldridge, abordaba sus problemas con la esquizofrenia. Aldridge experimentó el menos típico inicio tardío de la enfermedad en la década de sus 30 años, después de haber logrado la fama como miembro de los legendarios Empacadores del decenio de 1960. El jugador notó que él tenía una ventaja en cuanto a que había conocido el éxito y

tuvo algún sentido de identidad antes de su enfermedad mental. Aun así, en momentos de su enfermedad estuvo sin hogar, viviendo en las calles y comiendo lo que hallaba en los botes de basura. Su anillo conmemorativo del campeonato en el Supertazón 11 se lo robaron cuando dormía en las calles. Los individuos con enfermedad mental, incluso los grandes atletas, con frecuencia se convierten en blancos fáciles al abuso.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los principales objetivos de los primeros auxilios psicológicos son el proveer apoyo, reducir la mortalidad y el ayudar al paciente a enlazarse con los recursos necesarios (capítulo 6). En situaciones de urgencia con pacientes mentalmente enfermos, con frecuencia los pasos para reducir la mortalidad deben darse antes de que puedan seguir su curso otras intervenciones. Con frecuencia, dan estos pasos los policías o el personal de seguridad de un ambiente como la sala de urgencias psiquiátricas. Si un paciente psicótico de manera violenta se pone fuera de control y ataca a los demás, el primer paso será necesariamente preservar su seguridad y la de los demás, de manera general mediante la reclusión física y el uso de medicamentos para calmarlo. Con todo, tales acciones deben realizarse de manera cuidadosa, y deberían ser la opción menos restrictiva, que también proteja a las demás personas. Los servicios que manejan a tales pacientes deben poner por escrito y de manera cuidadosa planes para evitar la sobreutilización de la fuerza y para reflexionar sobre las situaciones en que se utiliza la reclusión física. Las intervenciones que implican el uso de la fuerza pueden limitar la armonía entre aquellos que recurren al paciente y éste mismo (por ejemplo, pueden interferir con la realización del contacto psicológico y con el suministro de apoyo). Pero muchas veces un paciente fuera de control se siente tranquilizado por los esfuerzos de otros por refrenarlo y controlarlo, y por mantenerlo a salvo. En tales casos, la intervención para la reducción de la mortalidad también funciona para realizar el contacto psicológico inicial, y suministra apoyo para controlar los ímpetus del paciente.

Además de, los pasos esbozados en el capítulo 6, las siguientes pausas son útiles para el otorgamiento de los primeros auxilios psicológicos a los individuos mentalmente enfermos.

1. Realización del contacto psicológico

La mayor parte de las situaciones con personas mentalmente enfermas no requerirán de medidas extremas para reducir la mortalidad. Por tanto, en muchos casos la meta inicial será realizar el contacto psicológico y poner algo de calma en la situación.

En el caso de los pacientes crónicamente enfermos de la mente, esta meta inicial se complica con frecuencia por la sintomatología que muestran. En especial en individuos que sufren de esquizofrenia, el paciente con frecuencia estará confundido y tendrá un difícil procesamiento de la información (Torrey, 1988). Los individuos esquizofrénicos con frecuencia tendrán dificultad al

Apartado 15-1**UN PROCEDIMIENTO PARA RASTREO DE ARMAS**

El riesgo de violación en la sala de urgencias psiquiátricas del Instituto Langley Porter condujo al personal del hospital a instituir un procedimiento de rastreo de armas. Todos los pacientes eran inspeccionados de manera rutinaria **ade** recibir los servicios clínicos. La búsqueda era más minuciosa para los pacientes sumamente agitados y aquellos con un historial de portación de armas. McCullough y sus colaboradores hicieron que el personal y los pacientes completaran un cuestionario para evaluar sus actitudes con respecto al procedimiento. Mientras 93% del personal y 76% de los pacientes informaron que el procedimiento les ayudó a sentirse más seguros, 11% del personal y 15% de los pacientes aseveraron que el procedimiento violaba los derechos civiles de los pacientes. Los miembros del personal estuvieron mayormente preocupados acerca de los efectos negativos del proceso de inspección; por ejemplo, 41% de ellos estuvieron preocupados con respecto a que el procedimiento tendría un efecto negativo sobre la relación terapéutica. Sin embargo, sólo 8% de los pacientes dijo que estaría menos dispuesto a hablar acerca de sus problemas o que no volvería a un servicio que llevara a la práctica semejantes rastreos, y sólo 15% de los pacientes refirió que estaba perturbado por el procedimiento. La conclusión a partir de este estudio fue que los efectos negativos de la intensificación en la seguridad o el bienestar dentro de la institución fueron mucho menores de lo que predijo el personal, y los efectos positivos en términos de la seguridad observada fueron considerables (McCullough y otros, 1986).

discernir y prestar atención a los estímulos; y demasiada estimulación puede confundirlos y asustarlos. Las aludnaciones auditivas, y algunas veces visuales, pueden aumentar la confusión de estos pacientes y su sentimiento de estar abrumados. Los pacientes con trastornos paranoides pueden estar recelosos :: atemorizados, y tienden a interpretar significados inusuales y/o amenazantes en los comentarios que se hacen acerca de ellos. Los pacientes con trastornos en el estado de ánimo pueden ser altamente reactivos en el aspecto emocional; los graves trastornos del estado de ánimo también implican alguna distorsión de la percepción y el procesamiento de la información, en el sentido del estado de ánimo trastornado (por ejemplo, los individuos gravemente deprimidos pueden tender a ver las cosas bajo una luz sumamente negativa). Y de manera más general en los pacientes con enfermedades mentales, el sentimiento de estar abrumado de manera tal que incluso la experiencia de ser mentalmente saludable durante la crisis, puede intensificarse por el mismo conocimiento y emocional interno. En todos los casos semejantes es de importancia vital que el asistente esté en calma y moderado en su comportamiento, y que su comunicación sea sencilla y directa.

de manera que el paciente es abordado en el aspecto físico es importante. El asistente puede necesitar que aquél se mueva lentamente, con calma, y de manera deliberada, de modo que no se incrementen su temor y su paranoia. Con un paciente que está trastornado y atemorizado, el contacto puede ser una intervención útil, pero debe usarse de manera juiciosa. En tanto que algunos

pacientes entenderán mal o se sentirán rechazados por el contacto físico. Con un paciente que es extremadamente agitado y atemorizado, un asistente no debería compartir sus propios sentimientos de ansiedad con respecto a la situación. Para una persona con dudas acerca de su propio control, puede ser todavía más abrumador saber que su asistente ante la situación está atemorizado y abatido, en especial si se le considera un experto. El paciente puede concluir que las cosas realmente están fuera de control y no hay esperanza, porque incluso el experto está atemorizado y abrumado.

En la realización del contacto con el individuo mentalmente enfermo, quien interviene también estará tratando de obtener alguna apreciación inicial acerca de qué ocurrió (es decir, el incidente precipitante) y la reacción del paciente ante ello. En los sujetos mentalmente enfermos, las reacciones son algunas veces difíciles de evaluar. Algunos individuos en estados maníacos pueden ser extremadamente hipercactivos y pueden necesitar que se les seden. Otros, en especial en las esquizofrenias más crónicas, mostrarán muy poco afecto o una escasa respuesta emocional. La dificultad que los individuos tienen con frecuencia para expresar emoción, no debería engañar al asistente como para creer que la persona no está en crisis. El asistente no deberá presionar a tales individuos para una mayor expresividad emocional, pero deberán observar y aprobar qué afecto es capaz de expresar al paciente.

Z. Análisis de las dimensiones del problema

Una vez que se ha realizado el contacto psicológico y se ha establecido cierta empatía, el asistente se enfoca sobre el análisis de las dimensiones del problema o la situación. En la actualidad este proceso puede haberse comenzado desde el momento en que el asistente ve por primera vez al paciente. Las observaciones acerca de éste y de sus procesos de pensamiento y emociones se están haciendo ya, en tanto que el asistente puede elaborar hipótesis tentativas con respecto al funcionamiento general del paciente, así como en cuanto a la crisis en sí misma.

Al definir el problema de un individuo con enfermedad mental que fue llevado para la atención de un proveedor de servicio, el asistente debe buscar una respuesta para la pregunta: "¿De quién es este problema?" Con frecuencia los individuos que se comportan en una actitud agresiva o conflictiva son llevados a un lugar de servicio para crisis por un tercero, tal como un oficial de policía, un amigo o miembro de la familia. Por momentos la persona mentalmente enferma no considerará que está en una crisis, pero el comportamiento del individuo puede haber creado una crisis dentro del sistema, lo mismo que la comunidad que en su familia. Por ejemplo, una familia puede haber llegado a estar abrumada al tratar de satisfacer las necesidades de un pariente mentalmente enfermo, y un comportamiento particular puede ser la "gota que derramó el vaso", lo que lleva a la familia dentro de un conflicto y una crisis, incluso si el individuo no cree que él mismo está en una crisis. En este punto el orientador debe enfocar las intervenciones hacia la resolución del problema de la familia, en lugar de enfocarse sobre la persona que la familia identifica como el problema. Con frecuencia existen soluciones temporales que pueden traer consigo alivio y pueden proporcionar apoyo a la familia sin crear una crisis para el individuo mentalmente enfermo, tomo podría hacerlo la hospitalización. Las soluciones temporales potenciales pueden estar disponibles (por ejemplo, albergues para

crisis, atención en reposo y los pmgr:u.nas para apoyo familiar), aunque éstas no se identificarán de manera expedita si desde el principio no se hace una distinción con respecto a quién es en crisis.

Así como los conflictos cognoscitivos pueden interferir con la realización del contacto, los mismos pueden complicar el análisis de las dimensiones del problema. Algunos individuos están intoxicados con alcohol o bajo la influencia de otra droga cuando se presentan para el tratamiento, puede ser difícil diferenciar entre los síntomas de intoxicación y de enfermedad mental. (Capítulo 6, en el apartado: "Primeros auxilios psicológicos con pacientes bajo la influencia del alcohol y otras drogas".) Otros están muy digresivos o trastornados en sus procesos de habla y pensamiento, y pueden requerir de mucha dirección o enfoque por parte del asistente. En tanto éste enfoca y dirige la discusión, es importante plantear preguntas parciales y aisladas, que el individuo pueda procesar y contestar. De manera más amplia, el enfoque debería estar en el problema actual. Aun cuando los pacientes pueden ser más coherentes con respecto a su historial que con respecto a la situación actual, y se presentan repetidamente para recibir ayuda con crisis que aparentan ser similares, es importante analizar la posibilidad de que la crisis actual difiera en aspectos significativos respecto de las previas.

Como sucede en las crisis que experimentan quienes no están mentalmente enfermos, es importante identificar en una etapa inicial de intervención qué aspectos de la situación necesitan encauzarse ahora, y cuáles de ellos pueden manejarse después. En el caso de los individuos mentalmente enfermos, con frecuencia una necesidad inmediata es la de intervenciones médicas y psiquiátricas específicas (medicamentos, hospitalización por protección), para encauzar la grave exacerbación de los síntomas que se precipitan o resultan de las crisis (Jaobs, 1984). Muchos individuos con enfermedad mental, sin embargo, serán capaces de vivir dentro de la comunidad con algunos síntomas y funcionar más o menos bien. Para otros, los pensamientos delirantes y las alucinaciones pueden estar presentes aun cuando la enfermedad mental esté relativamente bien controlada, lo cual significa que la exacerbación de los síntomas no necesariamente es el aspecto más importante de la crisis. Por ejemplo, el asistente debería permitir la presencia de los procedimientos comunes de desviación a ayudar a una víctima de violación. El impacto del incidente sobre los síntomas psicológicos debe evaluarse, pero el problema inmediato no es la enfermedad mental, sino las consecuencias físicas y emocionales del haber sido hecha víctima del ataque sexual.

3. Análisis de posibles soluciones

Una vez que el período inmediato y el largo plazo se han analizado, el asistente puede ayudar al paciente en el análisis de qué soluciones se han intentado y qué fue negativo y qué fue positivo en cada uno de estos intentos. Juntos, asistente y paciente pueden crear opciones para resolver el problema inmediato. Como con cualquier otro individuo, el paciente mentalmente enfermo debería asumir tanta responsabilidad para la determinación de soluciones como sea posible. Por momentos, un individuo con enfermedad mental que también está en crisis puede tener una muy buena idea acerca de lo que necesita hacerse. En otros, especialmente con un individuo extremadamente psicótico que esté confundido

do y desorientado peligrosamente fuera de control, el asistente necesitará ser más directivo o incluso tomar el control completo de la situación. De manera ideal, asistente y paciente llegarán a un acuerdo sobre un plan de acción. Pero en casos en los que el individuo está incapacitado para participar de modo efectivo en la elaboración de un plan de acción (por ejemplo, cuando la sintomatología interfiere con el pensamiento lógico), el asistente puede ser forzado a ejecutar un plan sin el consentimiento del paciente. Cuando la crisis implica la exacerbación de los síntomas, o cuando ésta es el primer obstáculo para resolver la crisis, el primer paso será probablemente manejar la sintomatología mediante medicación, hospitalización, o ambos casos. Mientras los mejores que el paciente pueda estar de acuerdo con este plan, por momentos el suministro involuntario de medicamentos, hospitalización o ambos, están garantizados.

4. Ejecución de acción concreta

Una vez que se ha seleccionado un apropiado plan de acción, se necesita actuar sobre él. Así como un asistente que trata con un individuo mentalmente enfermo que está en crisis, necesita evaluar la capacidad de éste para formular un plan de acción, y así mismo debe llegar a una decisión con respecto a la capacidad del paciente para actuar en su propio beneficio. Si un paciente tiene un alto riesgo de mortalidad o es incapaz de atender a las necesidades básicas para la supervivencia, el asistente necesitará tomar un mayor control de la situación. Mientras menos restrictiva y controlante sea la acción, es mejor, como regla general. Sin embargo, con los individuos altamente mortales o psicóticos, el asistente deberá no inhibirse de realizar y ejecutar una decisión en beneficio del paciente.

Aquellos pacientes para quienes las decisiones deben hacerse y ejecutarse, con frecuencia requieren, como primer paso, un ambiente en el cual se satisfagan las necesidades básicas y esté disponible un control del comportamiento, hasta un momento tal en el que los pacientes estén otra vez capacitados para proveerse de la satisfacción de las necesidades de manera independiente. Con frecuencia, en el caso de los enfermos mentales que están en crisis, esto significa la hospitalización; pero no siempre. Por momentos un paciente mejorará simplemente con algún tiempo para recobrar la calma o reducir la intensidad de la situación o con un período lejos del entensionante. En estas situaciones, puede tomarse una decisión para mantener al paciente toda la noche en un ambiente protegido (Lanzito y otros, 1978). Tales ambientes protegidos pueden representar una alternativa menos restrictiva que lo que representa la completa hospitalización psiquiátrica. Por ejemplo, algunas salas de urgencias psiquiátricas tienen servicios para albergar a un individuo de manera temporal (usualmente, menos de 24 horas) hasta que el paciente está más apaciguado y pueden tomarse decisiones dispositivas más amplias. Algunas veces pueden gestionarse otras opciones temporales como el emplazamiento en un hogar privado o en un "albergue para crisis" (Polak y otros, 1979; Kirby y otros, 1983; Geiser y otros, 1988).

En tanto que son preferibles las alternativas menos restrictivas cuando sea posible, la completa hospitalización psiquiátrica es necesaria por momentos para los pacientes con enfermedad mental crónica. El asunto de cuándo recurrir a la hospitalización es algo complicado, que va más allá de los objetivos de este

capítulo. Pero dos estudios recientes valen la pena de destacarse a este respecto. Harris y sus colaboradores (1986) analizaron los principales indicadores para la rehospitalización de una población de pacientes crónicos dentro de un hospital público para problemas mentales. Su revisión de los historiales de los pacientes sugirió que existen cinco razones principales para la rehospitalización: síntomas psicóticos, adicción al alcohol o a algunas sustancias químicas, enfermedad física, falta de apoyos sociales, o una combinación de estas dos últimas. Los autores destacan que 60 % de los pacientes en este estudio fueron rehospitalizados por razones puramente médicas o sociales, y no por prescripción psiquiátrica. Los autores sostienen que estos resultados revelan que muchos pacientes crónicos ven al hospital para problemas mentales como un servicio que proporciona una atención total y tiene una amplia variedad de funciones de apoyo. El que tales pacientes de manera típica utilicen los servicios psiquiátricos de atención externa para satisfacer necesidades no psiquiátricas, sugiere una carencia de apoyos comunitarios, que incluye los ambientes adecuados y supervisados o las casas de asistencia para crisis. Dado el principio de utilidad la alternativa menos restrictiva (lo cual está codificado dentro de las leyes de reclusión en muchas entidades de los Estados Unidos), es razonable concluir a partir de este estudio de Harris y sus colaboradores que tales servicios deberían estar disponibles en la comunidad.

Otro estudio, no obstante, sugiere que evitar la hospitalización a toda costa tiene también peligros latentes. Bemheún (1986) hace notar que la hospitalización inicial puede minimizar la prolongación y gravedad de un episodio psicótico, y observa que "los frecuentes intentos por evitar la hospitalización conducen a que ésta sea más prolongada después" (página 292). La mayoría de los individuos con enfermedad mental persistente necesitarán que se les hospitalice en algún momento, con frecuencia como parte de ajustes periódicos en la medicación; si la hospitalización es inevitable en un caso particular, puede ser preferible hacerlo rápidamente, con la esperanza de una pronta resolución del episodio.

S. Seguimiento

El seguimiento con individuos que tienen una enfermedad mental es tan importante como debería serlo llevarlo a la práctica del mismo modo con otros pacientes. Lo mismo que para las otras áreas abordadas antes, por las limitaciones cognitivas y de otra índole, que algunas veces imponen las enfermedades mentales al realizarse las gestiones para contactos más amplios, el asistente necesitará ser directo y específico. Es particularmente importante que quede claro que se ha cumplido con un enlace apropiado con los servicios respectivos. Por tanto, los individuos con enfermedad mental con frecuencia no acatan las recomendaciones de tratamiento o las canalizaciones una vez que la crisis inmediata ha pasado. Estos individuos pueden ser también más difíciles de contactar que otros que tienen estilos de vida más estables y apoyos sociales también más estables; por esta razón, definir de manera clara los planes de seguimiento es importante al trabajar con los enfermos mentales.

El seguimiento, que incluye el uso de servicios apropiados en funcionamiento, con frecuencia significa contactar a un paciente con los asistentes que conocen al individuo y le han provisto de tratamiento o apoyo en el pasado. Sin

embargo, el asistente debería tratar de determinar por qué este apoyo del pasado no fue contactado en la crisis actual y si es probable que el paciente utilice tal referencia anterior. Por momentos, como resultado de las experiencias negativas del pasado, la paranoia del paciente, la insatisfacción con el tratamiento, o por la inaccesibilidad de servicios asistentes en particular, un paciente que deja de utilizar a los suministradores de servicio del pasado, y/o está reuente al tratamiento con suministradores del pasado, puede necesitar comenzar de nuevo en una institución o con un nuevo profesional para el tratamiento.

Mortalidad y enfermedad mental

Las tasas de suicidio e intentos de éste son mucho más altas entre los individuos con enfermedad mental. Por ejemplo, la investigación indica que las poblaciones de la sala de urgencias psiquiátricas tienen tasas mucho más altas de suicidio que la población general (Caton, 1981). Hillard y sus colaboradores hallaron una tasa de suicidio en sus pacientes psiquiátricos de sala de urgencias (ER, por sus siglas en inglés) que fue siete veces mayor respecto de la tasa promediada para la población general (Hillard y otros, 1983). El comportamiento agresivo y el homicidio pueden también ser un riesgo, y a estos asuntos se les debe poner un tacto cuidadoso cuando se suministren los primeros auxilios psicológicos a un paciente de este tipo.

Suicidio

La investigación por muchos años ha señalado que los individuos con enfermedad mental están en mayor riesgo de incurrir en el suicidio. Los muestreos de individuos que se han quitado la vida han mostrado altos índices de hospitalización psiquiátrica y trastornos mentales, en especial depresión, alcoholismo y esquizofrenia (Barrachlogb, 1972; Doipaty Ripley, 1960; Guze y Robins, 1970; Pokorny, 1983; Robins y otros, 1959; Roy, 1982; Sainsbury, 1968; Solomon y Hellon, 1980; Tsuang, 1978; Tsuang y Winokur, 1975; Tsuang y Woolson, 1977). El proceso de evaluación del riesgo de suicidio en los enfermos mentales se parece en mucho al presentado en el capítulo 6 para cualquier individuo. Pero la naturaleza de la enfermedad mental, y los factores relacionados, son variables particularmente importantes en la evaluación de la mortalidad en los individuos mentalmente enfermos. Por ejemplo, se ha establecido por largo tiempo la relación entre depresión y suicidio. El consumo de sustancias químicas aumenta de manera más amplia el riesgo de suicidio; una persona mentalmente enferma que está consumiendo alcohol o drogas, con cualquier diagnóstico está dentro de un mayor riesgo que un individuo similar con una enfermedad parecida que no está consumiendo agentes químicos.

El riesgo elevado de suicidio puede persistir, e incluso empeorar, aun después de que se han comenzado las intervenciones. Un ejemplo muy reconocido es el hecho de que entre los individuos deprimidos a quienes recientemente se les inició en la medicación, el riesgo del suicidio puede ser más alto por unas cuantas semanas. Este efecto se piensa que puede ocurrir por cuanto los antidepresores con frecuencia mejoran los niveles de energía antes de mejorar el estado de ánimo. Un individuo deprimido que anteriormente no había tenido la energía para cometer el suicidio, después de que inicia la medicación puede tener más energía con la cual consumir sus planes de

suicidio, pero sin tener una mejoría en sus niveles de desesperanza y depresión [Beck y sus colaboradores destacan que el suicidio entre individuos deprimidos es más alto entre aquellos que tienen un alto nivel de desesperanza (Minkoff y otros, 1973; Beck y otros, 1985)].

Los testimonios son variados con respecto al impacto del pensamiento trastornado sobre el riesgo de suicidio. Un estudio a cargo de Roose y otros (1983) halló que los pacientes deprimidos que estaban en delirio fueron cinco veces más probables comisores de suicidio que aquellos deprimidos que no deliraban. Estos investigadores hallaron que no había ninguna indicación de que los delirios fueran producto de un nivel mayor de depresión y sugirieron que el riesgo de suicidio podría estar tan relacionado con los aspectos del delirio dentro del trastorno, como con los elementos depresivos. Buie y Maltzberger (1983), por otra parte, sostienen que "los elementos formales de la enfermedad mental son secundarios en el suicidio. Ellos pueden intensificar el peligro, disiparlo o inmovilizarlo, pero el impulso hacia el suicidio es ampliamente independiente del estado mental observable" (página 114). Aun si el pensamiento delirante como una variedad de los problemas mentales no tiene efectos sobre el riesgo de suicidio, el contenido específico de los delirios (por ejemplo, la creencia de que uno es malo y merece ser castigado, o la creencia falsa de que uno está en una fase terminal de enfermedad) puede colocar a un individuo en un mayor riesgo de suicidio.

Los individuos diagnosticados como esquizofrénicos se quitan la vida en índices mucho más altos que la población en general, y la ciencia clínica ha sostenido por mucho tiempo que este alto índice refleja el comportamiento de los individuos con pensamiento trastornado, quienes cometen suicidio en respuesta a alucinaciones de mandato o pensamientos delirantes. Baechler (1979) ha sugerido en su libro acerca del suicidio que "los esquizofrénicos no se quitan la vida por ser esquizofrénicos, sino porque son personas que saben que son esquizofrénicas o están bajo la amenaza de convertirse en tales, y desean evitar este resultado que se les ha destinado" (página 229). Desde esta perspectiva, los esquizofrénicos cometen suicidio en un momento en el que están experimentando una crisis sobre su enfermedad mental y la conciencia que tienen de los efectos discapacitantes de la misma. A este respecto, los esquizofrénicos son como los demás que llegan a estar desesperanzados y deprimidos de cara a una enfermedad crónica y discapacitante. Semejante concepto puede explicar por qué los jóvenes esquizofrénicos están en mayor riesgo de suicidio que las personas jóvenes con trastornos afectivos o depresión neurótica (Walzer, 1984), y por qué en el estudio de Drake y otros (1985) un "número significativo de suicidios aconteció después de la abrupta interrupción de la medicación" (página 96) —el sombrío pronóstico de esquizofrenia puede particularmente engendrar desesperanza en el joven, y puede ser difícil el enfrentamiento con la desesperanza sin la ayuda de sustancias químicas.

Comportamiento agresivo

En general, los individuos con enfermedades mentales importantes son notablemente no violentos. Sin embargo, individuos en particular pueden ser agresivos (Forrey, 1988). Existe abundante bibliografía acerca del manejo de la violencia y la agresividad en los hospitales para problemas mentales (Lion y Reid, 1983; Rossi y otros, 1985; Tumer, 1984). Incidentes anecdóticos dentro de la comu-

nidad atrajeron en gran cantidad la atención de los medios de comunicación y estimularon la percepción errónea de que los enfermos mentales son invariablemente peligrosos y violentos. Se sabe que los esquizofrénicos en la comunidad tienen altos índices de aprehensión por crímenes contra la propiedad que la población general (Sosowsky, 1980). Esto puede reflejar más altos índices de comportamiento violento; de manera alternativa, ello puede reflejar el hecho de que los policías recurran al arresto como una vía para sustraer de la comunidad a los individuos cuyo pensamiento y comportamiento ha llegado a ser lo suficientemente agresivo como para garantizar su emoción de la comunidad. En términos de comportamiento violento, sin embargo, los individuos mentalmente enfermos no están en mayor probabilidad de involucrarse en semejante tipo de comportamiento de lo que lo están aquellos que no están enfermos de la mente.

La violencia perpetrada por los enfermos mentales es más común en aquellos pacientes psiquiátricos que tienen delirios paranoides o que experimentan alucinaciones de mandato. Los delirios paranoides pueden provocar que una persona se comporte de manera agresiva, con la creencia de que la misma se está autodefendiendo o de que el comportamiento se justifica por cuanto otros están al descubierto para atraparlo. Estos comportamientos ocurren más probablemente en un individuo que no ingiere medicamentos (Yesavage, 1982; Weaver, 1983) y generalmente existe algún tipo de advertencia. Entre las categorías de diagnóstico, las esquizofrenias paranoides representan el más alto riesgo de comportamiento violento y, como ocurre con los individuos que no están mentalmente enfermos, el consumo de droga y alcohol se relacionan con un elevado riesgo de violencia. Por tanto, un esquizofrénico paranoide que plantea amenazas basadas en procesos de pensamiento irracional delirante, que tiene un historial de comportamiento violento y ha utilizado drogas o alcohol callejeros, representa el más alto riesgo de violencia (Forrey, 1988; Monahan, 1981). La intervención inmediata más apropiada para reducir la mortalidad en estos individuos es el uso de medicamentos para controlar los síntomas (Ban, Guy, y Wilson, 1984).

Aunque la peligrosidad es notoriamente difícil de predecir por una variedad de razones, un estudio reciente sobre las salas de urgencias en California halló que los médicos clínicos en un determinado número de ER psiquiátricas utilizaron criterios similares para definir la peligrosidad (Segal y otros, 1988a), lo que sugiere que existe un consenso clínico suficiente como para justificar el intento de hacer predicciones. Esta investigación bailó que la inestabilidad y la impulsividad estuvieron más estrechamente relacionadas con el peligro hacia los demás, pero que también existieron relaciones moderadas entre la peligrosidad y el trastorno en el pensamiento formal, el trastorno en el contenido del pensamiento y el carácter expansivo. Se hallaron correlaciones débiles pero aun así significativas entre el juicio de comportamiento deteriorado y el afecto inapropiado (Segal y otros, 1988b). Las dificultades para predecir la peligrosidad no significan que es inevitablemente imposible hacerla, y los factores abordados más arriba deben utilizarse en conjunción con las pautas del capítulo 6.

Autodestrucción y otros comportamientos de daño autoinfligido

Los servicios para crisis de manera común se encuentran con individuos que, aunque no necesariamente desean o intentan cometer suicidio, se provocan daño a sí mismos de manera intencional. La autodestrucción grave es un fenómeno

relativamente infrecuente que ocurre en individuos muy perturbados. Algunos individuos extremadamente psicóticos se realizan la automutilación por razones psicóticas, delirantes, o en respuesta a alucinaciones de mandato (Hawton y Catalan, 1982). De manera general, estos individuos están obviamente muy fuera de contacto con la realidad y la mutilación es de naturaleza grave y extravagante [por ejemplo, los genitales o los ojos son los blancos más frecuentes para estos individuos (Kushner, 1967; Waugh, 1986)]. El comportamiento extravagante que autoinflige un daño con frecuencia es peligroso en grado suficiente y los síntomas psicóticos lo bastante graves como para que se requieran la hospitalización (con frecuencia de largo plazo) y el tratamiento intensivo. En algunas situaciones agudas, estos pacientes necesitarán colocarse en reclusiones para protegerlos de los intentos de mutilarse o herirse así mismos.

Se encuentran de manera más común los individuos con un largo historial de comportamientos clasificados como intentos de suicidio, lo que incluye sobredosis de medicamentos e incidentes relativamente superficiales de incisiones en las muñecas u otros tipos de daño autoinfligido, para lo cual han buscado ayuda por su propia cuenta. Con más frecuencia en estos individuos el daño autoinfligido consiste en cortes superficiales sobre las muñecas o los antebrazos. Esto lo precipita con frecuencia la amenaza o realidad de una pérdida u otros conflictos interpersonales. Antes del acto del corte, el individuo de manera típica siente una cantidad creciente de tensión, con frecuencia acompañada de ira, odio contra sí mismo y depresión. Las tensiones hasta ese punto son intolerables. En ese momento, el individuo generalmente se aferra. Con frecuencia, justo antes de durar el corte, el sujeto entra en un estado de despersonalización y no experimenta dolor físico. El acto del corte con frecuencia trae consigo un inmediato alivio de la tensión. Con frecuencia, la reducción de la tensión es el objetivo explícito de este comportamiento, más que algún intento de suicidio (Barnes, 1986; Hawton y Catalan, 1984), aun cuando esto no es explícito, tal puede ser el motivo real, pero inexpressado.

Tales individuos plantean un reto para los asistentes de crisis, por su frecuencia en la utilización de los servicios para crisis. De hecho, ellos pueden aumentar que estén en crisis casi permanentemente; Marcus (1981) los describe como individuos que muestran un patrón de "caos estable". A tales individuos con frecuencia se les diagnostica como un Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-III-R, 1987). Por cuanto la descripción clínica relacionada con este diagnóstico incluye una "marcada inestabilidad en el comportamiento y el estado de ánimo" (DSM-III-R, 1987), que redundante en una presentación sumamente variable a lo largo del tiempo, tales individuos son difíciles de diagnosticar en una interacción individual. Estos sujetos son mejor diagnosticados y controlados por los profesionales que los han observado a lo largo del tiempo.

Es, sin embargo, posible para el personal de los servicios de crisis identificar en los usuarios recurrentes de sus prestaciones, ciertos patrones de comportamiento. La utilización de los servicios y características relacionadas. Wilkenson y Smeeton (1987) describen repeticiones de comportamiento autodestructivo que ocurrieron en un tiempo como cuatro días después del episodio anterior. Barnes (1986) describió un muestreo de 16 casos consecutivos de daño autoinfligido, 65,8% de los cuales acontecieron en individuos con un historial previo de comportamiento de daño autoinfligido. Los reincidentes refirieron más problemas crónicos de salud mental, tuvieron más probabilidades

de haber consultado centros de atención a crisis y de haber sido hospitalizados previamente que los individuos que se habían hecho daño a sí mismos por primera vez. En el periodo de seis meses de seguimiento, Barnes halló que cuatro de los reincidentes se habían quitado la vida, allí donde ninguno de los que se habían herido a sí mismos cometió suicidio alguno.

Bancroft y Marsack (1977) hallaron que 18% de los que en su investigación intentaron el suicidio tuvieron uno o más episodios repetidos dentro del año siguiente a su primer intento, con la realización de la mayoría de ellos dentro de los primeros tres meses. Estos autores sugieren que existen tres tipos de reincidentes. Uno es el reincidente habitual, crónico, que tiene numerosos intentos de suicidio a través de un largo periodo de tiempo. Otro reincide varias veces dentro de un periodo relativamente corto, y el tercer tipo es un reincidente que únicamente lo es de manera muy ocasional. Barnes (1979) trabaja de manera detallada sobre esta clasificación. Esta autora propone que el reincidente crónico utiliza el daño autoinfligido como un medio elemental de respuesta ante la tensión. El "reincidente múltiple" responde con una serie de actos con los que se hiera a sí mismo durante un periodo de tensión, pero entonces puede tener periodos en los que no ocurran comportamientos de daño autoinfligido. El reincidente de "una sola vez" tiene un episodio aislado de daño autoinfligido en respuesta a la tensión grave.

Los reincidentes crónicos con frecuencia producen reacciones extremadamente negativas de parte de quienes los atienden (Kroll, 1988). Estos individuos pueden de manera repetida acercarse a los que proporcionan ayuda hiriéndose a sí mismos, y pueden quejarse con frecuencia de estar en crisis, y aun así parecen no beneficiarse de las intervenciones. Estos individuos tienen un patrón de comportamiento duradero con el que responden a la tensión con técnicas desadaptativas de enfrentamiento y con frecuencia consideran pocas opciones, si es que alguna, fuera de lesionarse a sí mismos.

Debido a la dificultad en el control de estos pacientes; las instituciones de atención a crisis con frecuencia considerarán la hospitalización de pacientes como la única alternativa de tratamiento. Sin embargo, Reynolds y Eaton (1968) argumentan que la hospitalización puede en realidad fomentar la patología del paciente y reforzar las estrategias desadaptativas de enfrentamiento por parte del mismo. Dawson (1988) sugiere que a los individuos que se les diagnostica trastorno límite de la personalidad buscan definirse a sí mismos en relación con diversas instituciones sociales; las mujeres con mayor frecuencia en las instituciones para la salud y los servicios sociales, y los varones con mayor frecuencia en las instituciones de ejecución legal y correccionales. Este autor observa que un paciente hospitalizado puede sentirse forzado a asumir un papel cada vez mayor de dependiente y "enfermo". Al desplegar las pautas del tratamiento, el autor citado recomienda que no haya hospitalización y que se reduzca el "caos social", como son los niveles hasta la sala de urgencias, las sobredosis y otras situaciones similares.

Al mismo tiempo, mientras puede ser preferible en el aspecto terapéutico, la decisión de no proceder a la hospitalización contiene riesgos. El comportamiento de daño autoinfligido no necesariamente indica un intento de suicidio (por ejemplo, hemos destacado el intento de aliviar la tensión en semejante comportamiento). Barnes (1986) destaca que algunos intentos de suicidio expresados por estos individuos puede reflejar: una tentativa a aumentar la

respuesta por parte de los profesionales. Pero incluso en la ausencia de un intento de suicidio, la negación de respuesta puede ser potencialmente peligrosa, porque estos pacientes pueden correr riesgos extremos para aparentar que realmente son suicidas (Bancroft y otros, 1976). Y, los individuos pueden proponerse realizar comportamientos que no sean mortales, pero pueden errar en el cálculo y quitarse la vida. Recomendaríamos la hospitalización, por tanto, en las siguientes circunstancias:

1. Cuando el individuo se propone de manera clara cometer suicidio.
2. Cuando no existe un claro propósito de suicidio, pero existen:
 - a. Indicaciones de que el individuo se involucrará en un comportamiento potencialmente mortal para convencer a los demás de la seriedad del intento manifestado.
 - b. Indicaciones de que el individuo puede errar en el cálculo de la mortalidad de un comportamiento que se pretende que no lo sea.

Y, por supuesto, por cuanto es difícil llegar a semejantes conclusiones de manera definitiva, el ambiente al cual regresará el individuo si no se le hospitaliza, debería ser un factor dentro de la decisión de si se recurre entonces a la hospitalización; si en el ambiente citado existen supervisión, estabilidad e inmunidad con respecto a los elementos que producen crisis, todo ello en un nivel suficiente, podrá decidirse más fácilmente no hospitalizar.

La repetición en los primeros auxilios psicológicos no es el tratamiento a elegir para tales individuos; éstos están en la necesidad de intervenciones que los ayudarán a aprender o modificar su estilo cognoscitivo y sus aptitudes para la resolución de problemas. Sin embargo, éstos con frecuencia no complementan su tratamiento y, por tanto, es probable que continúen en la utilización de los servicios para crisis. Muchas instituciones de atención a crisis que tienen "visitantes hábiles" de este tipo, los llegan a conocer lo suficientemente bien como para desplegar un plan para responder a un individuo en particular, al que se le ha visto en muchas ocasiones. En opinión del autor, el fallar en el establecimiento de tal plan y en la inclusión de intervenciones del plan que se proyectaron para mover al individuo hacia las estrategias de enfrentamiento más adecuadas, representa un tratamiento inadecuado; también creemos que un plan semejante consumirá, finalmente, menos recursos por parte de quienes realizan la intervención, de lo que lo haría la intervención en crisis repetida.

UN CASO DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS: JANET

Janet es una persona de 25 años de edad que ha tenido varios episodios de trastorno bipolar. Sus variaciones en el estado de ánimo están relativamente bien controladas con medicamentos, aunque ella ha tenido cuatro hospitalizaciones desde el comienzo de su enfermedad. Ella experimenta lo mismo episodios maníacos que depresivos, y durante los mismos tiene un funcionamiento perturbado. Durante los periodos de depresión, tiene pensamientos suicidas; realizó un intento de suicidio al consumir una sobredosis de medicamentos. Actualmente, trabaja a tiempo parcial (ella ha aprendido a abrumarse más

cuando trabaja tiempo completo) y vive de sus ingresos más una remuneración por parte del Seguro Social. Janet vive en un apartamento de renta baja.

Janet fue llevada a la sala de urgencias una tarde, por intermedio de la policía. Un intruso irrumpió en el apartamento de Janet al inicio de esa tarde. Ella estaba fuera y regresó a su apartamento para hallar al intruso en el momento de irse. Éste ya se había llevado la televisión y otras pertenencias, que incluían el dinero de ella para la renta del mes. Cuando ella caminó hacia el sujeto, éste la golpeó en la cabeza y huyó. Ella fue herida sólo levemente, pero como a gritar. Los vecinos escucharon los gritos y llamaron por teléfono a la policía. Cuando ésta llegó, Janet estaba acostada sobre el sofá, sollozando. Tenía una contusión en la cabeza y parecía muy trastornada y confundida. La policía la llevó a la Sala de urgencias, en parte para que le revisaran las heridas, pero también porque estaba demasiado perturbada como para ser un poco coherente.

La policía comenzó el proceso de los primeros auxilios psicológicos en el caso de Janet. Los oficiales fueron los primeros en hablar con ella y en tratar de garantizarle que estaría bien. Ellos hablaron apacible y directamente con ella y obtuvieron alguna información muy elemental. También los policías expresaron preocupación por sus heridas. Ella se tranquilizó un poco, pero todavía estaba muy aturdida.

Cuando los policías llegaron a la sala de urgencias, uno de los oficiales se sentó junto a Janet, mientras el otro hablaba con uno de los miembros del personal que estaba en servicio. Después de proporcionar al personal un breve relato de lo que había ocurrido, el oficial de policía presentó a Janet con la trabajadora social de la sala de urgencias que la ayudaría. La trabajadora social se presentó a Janet y la condujo hacia un área restringida. En todo el proceso, la trabajadora social habló apacible y directamente con Janet, en tono tranquilizante. Aquella ofreció a Janet algo para beber y le hizo saber que estaría con ella hasta que el personal médico estuviera disponible para examinar sus heridas. Entonces, calmadamente, la trabajadora social comenzó a preguntarle acerca de lo que había pasado. Janet describió el incidente, suspirando repetidamente y estrechando la mano de aquella, y diciendo: "nunca debería haber tratado de vivir por mi propia cuenta, era seguro que algo iba a salir mal".

De manera gradual, la trabajadora social fue capaz de obtener información acerca de lo que había ocurrido, y también acerca de los aspectos de la situación que eran más perturbadores para Janet. Esta se sentía violada por la intrusión en su departamento. Por causa de su enfermedad mental, por algunos años ella había continuado viviendo con sus padres. Un año antes, había rentado su departamento; ello simbolizó para ella su independencia y su capacidad para vivir por su cuenta. Había sentido un orgullo especial por su autosuficiencia (en particular, aunque sus finanzas habían sido limitadas, fue capaz de salir adelante sin apoyarse en otros para obtener sustento económico). En tanto Janet comenzaba a hablar del dinero para la renta que le habían robado y acerca de la televisión robada para la que ella había ahorrado con esmero, empezó a llorar. ¿Cómo podría pagar la renta que se vencería dentro de dos días? ¿Cómo siquiera regresar a su departamento y sentirse segura? La cerradura había sido violada y no sólo ella no se sentiría segura esa noche, sino que todas sus pertenencias podrían ser robadas. ¿Y qué, si el ladrón regresara? ¿E? to se perturbaba más, comenzó a cuestionarse si podría ir a trabajar días siguientes o si siquiera ella merecía tener un trabajo. Janet comenzó a preocuparse a sí misma

por haber intentado vivir de manera independiente. Eua dijo además que si se airapaba al ladrón, él simplemente sería liberado, porque nadie creería su historia porque estaba enferma de la mente. Incluso dijo que quizás si hubiera sido más capaz, habría tenido éxito al quitarse la vida algunos años antes.

La trabajadora social escuchó a Janet en la narración de su historia, y también en cuanto a la identificación de los varios problemas concurrente\|. En tanto que Janet se trastornaba más, la trabajadora social se volvió más directiva. Ésla enfocó a Janet hacia la definición de los problemas específicos por resolverse. Juntas identificaron los siguientes problemas:

1. El hallazgo de un lugar seguro para permanecer esa noche.
2. Gestionar la seguridad del apartamento de Janet, hasta que pudiera instalarse una nueva cerradura.
3. Conseguir dinero para pagar la renta.
4. Decidir si Janet iría a trabajar al día siguiente.

Cuando Janet se agitaba más y divagaba acerca de los problemas a largo plazo sobre objeciones con respecto a su propia incompetencia, la trabajadora social la escuchaba y le hacía notar de modo suave que todo ello podría arreglarse al día siguiente y no necesitaba resolverse esa misma noche. De manera gradual, Janet comenzó a tranquilizarse un poco.

Entonces, ambas comenzaron a analizar las posibles soluciones. Al hacerlo de esa manera, la trabajadora social inquirió a Janet acerca de su situación, y se enfocó sobre los recursos disponibles para el apoyo y la asistencia. En r.anto se callnaba, Janet advirtió que ella podría llamar a su hermana y preguntarle si podría permanecer en sp apartamento. De hecho, su hermana la había invitado con anterioridad, pero no había acudido porque temía que su familia pensara que la necesitaba demasiado y no podría ser independiente. Janet estñvo de acuerdo en llamar a su hermana; ésta estaba muy preocupada y dijo que irla hacia la sala de urgencias tan pronto como fuera posible. Por supuesto, Janet era bienvenida para quedarse con su hermana. Como paso siguiente, la trabajadora social comenzó a analizar la obsesión de Janet por el asunto del departamento. La trabajadora supo que un trabajador de mantenimiento estaba disponible en el lugar y ella concertó una llamada con él En tanto aquello ocurría, los vecinos de Janet ya habían hecho saber al administrador del departamento lo que había sucedido, y se había instalado una cerradura temporal. La trabajadora social y Janet, juntas, decidieron que ésta podría hablar con el administrador del departamento al día siguiente, con respecto a las opciones para la renta. Aunque Janet estaba renuente a hacerlo así, reconoció que sus padres le prestarían ayuda financiera, si fuera necesario. La trabajadora social también le dijo que había un programa de asistencia para víctimas que habitualmente ayuda a indemnizar por pérdida a las víctimas de la delincuencia. Por último, Janet estuvo de acuerdo en que probablemente era lo mejor para ella el tomarse el siguiente día como libre en el trabajo, porque era probable que estuviera exhausta y necesitara atender los asuntos en torno del robo. Eti ese momento ella estaba mucho más tranquila y hablaba de manera clara y coherente. La trabajadora social le preguntó que cómo se sentía. Ésta se sentía débilmente y dijo que se sentía mucho mejor. La trabajadora social entonces la inquirió acerca de sus pensamientos suicidas. Janet le aseguró que ella sólo había estado perturbada, que había hecho un intento de suicidio algunos años anees, pero que no había tratado de quitarse la vida otra vez. La

trabajadora social también se cercioró de que Janet no tuviera un plan específico de suicidio.

En este punto, el personal médico llegó para examinar a Janet. Hallaron que tenía algunas cortadas y contusiones menores, pero que estaba bien. En unos minutos más, la hermana de Janet llegó a la sala de urgencias. La trabajadora social habló de nuevo con Janet, revisó el plan, después hizo gestiones para que regresara al día siguiente para registrarse y obtener mayor información acerca del programa de asistencia a víctimas.

Al día siguiente, Janet entró a ver a la trabajadora social. Informó que todavía se sentía perturbada, pero que se sentía un poco mejor. De hecho Janet expresó su sorpresa porque su familia la había ayudado mucho. La policía había aprehendido a un sospechoso y quería que ella lo identificara, lo cual la ponía nerviosa. Ella expresó numerosas emociones acerca de esto. También manifestó miedo de que la estuviera abatiendo su situación. Janet dijo que tenía un sentimiento de temor y se preguntaba si estaba "volviéndose loca" otra vez. Mientras hablaban, la trabajadora social supo que Janet había visto con anterioridad a un orientador que llevó a cabo una terapia de apoyo para ella, y con quien le había sido fácil relacionarse. Ambas estuvieron de acuerdo en que Janet se sentía mejor con un terapeuta de apoyo hasta que superara la crisis. Janet llamó al orientador desde la oficina de la trabajadora social y concertó una cita para verlo. También habló con un representante del servicio para víctimas de la delincuencia, quien la ayudó a inscribirse para obtener una indemnización por su dinero y su aparato de televisión.

TERAPIA PARA CRISIS

La terapia para crisis para un individuo con enfermedad mental sigue en mucho el cu... So. que rendría con cualquier otro que experimentara una crisis. Las diferencias esenciales reflejan el entorno, el cual para muchos individuos con enfermedad mental incluye la falta de apoyos sociales, sintomatología psiquiátrica y limitados recursos personales, materiales y otros con los cuales encauzar la crisis. Más allá de estas consideraciones, los individuos mentalmente enfermos necesitarán trabajar la crisis en mucho como lo haría cualquier otro. OtrO que perdiera un padre, un trabajo o experimentara cualquier otra crisis circunstancial o del desarrollo.

En el comienzo

El proceso de la terapia para crisis comienza cuando el paciente todavía se encuentra en un estado de trastorno dentro de las horas o días siguientes al comienzo de la misma. Por momentos, especialmente cuando se experimenta una crisis psicótica, un individuo mentalmente enfermo en crisis tendrá dificultad en procesar incluso analiz. If, la situación, hasta que se haya estabilizado un poco. Esto no significa que un individuo psicótico no sea capaz de someterse a la terapia para crisis, sino únicamente que la primera fase de la terapia en los casos incluidos la atención a la sintomatología psicótica que interfiere con el

procesamiento de la crisis y sus soluciones. El mejor tratamiento para un episodio psicótico semejante es con frecuencia la medicación. Ello no significa que los medicamentos deban ser el único tratamiento, o que el asistente deba hacer a un lado al paciente hasta que sea capaz de sostener una conversación coherente.

Las interacciones verbales periódicas, especialmente si las mismas son cortas y no provocan tensión, pueden ayudar en el desarrollo de la empatía y la confianza. Incluso los pacientes que tienen constantes alucinaciones auditivas, están conscientes de quienes les rodean, aunque podrían no estar poniendo mucha atención a lo que se dice. Es importante destacar que es extremadamente raro encontrarse con un nivel de trastorno tan alto que no sea posible una conversación racional. Antes bien, la tarea de los asistentes es identificar aquellos temas en los que la conversación racional es posible, y aquellas vías de comunicación con el individuo (por ejemplo, la tranquilidad, la franqueza) que faciliten la conversación racional. Entonces, mientras el cliente mejora, concentra más y está mejor dispuesto para atender sus necesidades básicas, las interacciones de atención con los asistentes se recordarán y ayudarán a fomentar la relación terapéutica.

Mientras tanto, la primera tarea de la terapia para crisis ha comenzado ya: la supervivencia física. Un paciente psicótico extremadamente trastornado necesitará estar en un ambiente en el cual el comportamiento perturbado no plantee una amenaza para el paciente o para alguien más. El paciente necesitará estar en un ambiente en el cual se satisfarán las necesidades corporales de alimentación y refugio. Con frecuencia, atender las necesidades de supervivencia de un psicótico extremadamente trastornado significarán la hospitalización o la ubicación en un ambiente en el que se le supervise las 24 horas del día.

Evaluación

En las etapas iniciales de la terapia para crisis, el terapeuta debería comenzar a evaluar completamente el funcionamiento del paciente con la utilización de los principales encabezados del cuadro 8-3 (capítulo 8). En algunos casos, puede obtenerse información útil con respecto al funcionamiento habitual y previo a la crisis, de parte de los miembros de la familia del paciente, los historiales de los hospitales y los registros de contactos con los servicios sociales, además del propio informe del paciente. Deberá analizarse por completo el incidente precipitante, incluir los detalles de lo que pasó, quién estuvo implicado y cómo es que el paciente considera al incidente. Entonces puede pedírsele que describa el problema que se presenta, es decir, cuáles son las dificultades actuales y qué espera consumir en el proceso de terapia. Al evaluar el contenido de la crisis se abarcará el análisis del ambiente social del paciente y el impacto de la crisis sobre las demás personas que se ansignificativas para él. Puede existir una variedad de asistentes integrados al proceso, que abarcan a trabajadores del ámbito financiero, trabajadores sociales, personal hospitalario, psiquiatras, directores de casos clínicos y personal de tratamiento diurno; el potencial de éstos como recursos para la resolución de la crisis deberá evaluarse en este punto, y se coordinarán sus esfuerzos durante las tentativas de resolución de la crisis.

Es importante en la evaluación de una crisis determinar si de hecho el individuo sufre de un trastorno mental grave. En tanto que los aspectos de la

evaluación completa van más allá del alcance del presente capítulo, se proporcionan las siguientes preguntas como una guía breve para realizar una evaluación preliminar:

- ¿El paciente "oye voces" que hablan de sus pensamientos en voz alta o que hacen comentarios sobre las acciones de alguien?
- ¿Cree el paciente que sus pensamientos se transmiten por la televisión o los radios?
- ¿Cree que sus pensamientos se introducen o salen de su mente, o que los demás controlan sus pensamientos?
- ¿Cree que es un emisario o un mensajero especial de Dios?
- ¿Parece que atribuye un significado especial a acontecimientos o incidentes cotidianos?
- ¿Tiene creencias que son evidentemente absurdas?
- ¿Salta de un tema a otro con muy poca conexión manifiesta entre ideas, hasta un grado cercano a la incoherencia?
- ¿Su habla es extremadamente rápida y apresurada?
- ¿Su nivel de actividad es extremadamente alto o bajo?
- ¿Expresa ideas exacerbadas, no realistas (por ejemplo, que ha escrito una novela que es éxito de librería, o que ha hallado las curas para el cáncer y las afecciones cardíacas)?

Las respuestas afirmativas a una o más de estas preguntas pueden indicar el comienzo de una enfermedad mental o un episodio del curso de la enfermedad. Además:

- ¿Experimenta perturbaciones en el sueño (duerme en gran cantidad, duerme muy poco, tiene dificultad para iniciar el sueño o para permanecer dormido)?
- ¿Ha experimentado cambios recientes en su apetito?
- ¿Ha experimentado una pérdida de autoestima?
- ¿Siente una desesperanza extrema con respecto al futuro?

Los cambios en cualquiera de los puntos anteriores pueden significar la necesidad de una evaluación psiquiátrica. Cuando están presentes estos síntomas es importante conseguir información con respecto al tratamiento previo; tal información puede estar más disponible y/o ser más confiable de parte de la familia o los amigos del paciente. Si éste ha recibido de modo reciente un tratamiento por parte de un profesional de la salud mental, es usualmente útil consultarlo. Finalmente, cualquier individuo que experimenta los síntomas citados más arriba debería evaluarse de manera más amplia por una posible enfermedad mental.

Como parte de la estructura de evaluación descrita en el capítulo 8, lo siguiente debe tomarse en cuenta en la evaluación del funcionamiento actual y previo a la crisis en los enfermos mentales agudos, ello organizado según las modalidades CASIC de la personalidad.

Conductual

Tan en el informe del paciente acerca de su propio comportamiento como las observaciones del comportamiento actual son importantes en la evaluación del

El medicamento del paciente. Cualesquier comportamientos extravagantes o inapropiados deberán destacarse. Debería preguntarse a los pacientes acerca de la utilización de sustancias químicas, y que ello abarque si los mismos han estado tomando medicamentos prescritos (especialmente antipsicóticos, antidepresores y otros medicamentos para el control de la enfermedad mental). Cualesquier comportamientos que hayan planteado problemas graves para el paciente. Deberá hacerse algún intento por indagar acerca de la rutina cotidiana del paciente, sus hábitos y su estilo de vida. Deberá analizarse cualquier historia de comportamiento agresivo, intentos de suicidio o comportamiento de daño intencional. Deberá observarse el nivel de actividad del paciente, de sus actividades y de su comportamiento en el curso de la entrevista. Las respuestas anómalas, los cambios en el habla y las respuestas o acciones inapropiadas deben hacerse notar. Los cambios recientes en los patrones de sueño y apetito también deberán señalarse.

Afectiva

El terapeuta deberá preguntar al paciente con respecto a sus sentimientos actuales y sus reacciones ante la crisis, y también evocar algún sentido de cómo definen estos sentimientos de los de otros momentos más habituales para el paciente. Deberá observarse la expresión de éste en cuanto a la emoción y deberá destacarse la adecuación de su afecto. En los individuos con enfermedad mental el afecto puede fluctuar ampliamente y ser extremadamente inestable, o puede estar embotado y reprimido. Los extremos afectivos deben destacarse cuando no reflejan un reflejo del estado de ánimo. La desesperanza y depresión pueden ser comunes de los pacientes que tienen algún riesgo de suicidio. La ira e impulsividad, especialmente cuando se combinan con el uso de sustancias químicas, pueden indicar el potencial de arranques explosivos o de un comportamiento agresivo. Un afecto extremadamente abatido puede estar presente en algunos esquizofrénicos crónicos.

Somática

Algunas condiciones físicas imitan a los síntomas de la enfermedad mental. El (1985) indica que un primer paso en el tratamiento de urgencia para la psicosis es eliminar las causas orgánicas, como la psicosis tóxica a partir de la ingestión de drogas o los estados de evasión como el *delirium tremens*. Hall y sus colaboradores (1981) investigaron 100 ingresos consecutivos a un hospital estatal y hallaron que, en ellos, 46% eran individuos que tenían una enfermedad clínica no diagnosticada, que lo mismo causaba que exacerbaba sus enfermedades psiquiátricas. Con frecuencia un individuo perturbado y trastornado por una enfermedad mental puede no poner atención o informar sobre síntomas de enfermedad física. Aun cuando tales síntomas se dan a conocer, pueden no tratarse tan seriamente como deberían.

Interpersonal

Indagar al paciente con respecto a los apoyos sociales y a su nivel de vida. Las preguntas correspondientes pueden producir información útil con

respecto al funcionamiento a largo plazo y acerca de los apoyos sociales y los recursos interpersonales que podrían utilizarse en el tratamiento. Los individuos con enfermedades mentales habitan en una amplia variedad de ambientes comunitarios, que incluyen servicios públicos de tratamiento para internos y albergues grupales, casas de asistencia, ambientes de atención a adultos aspiados, las casas paternas u de otros parientes; algunos individuos mentalmente enfermos también viven de manera independiente. Se le puede preguntar a quién frecuenta regularmente, a quién podría recurrir si ocurrieran problemas y qué tipos de asistencia recibe por parte de amigos y familiares. Los individuos con enfermedad mental con frecuencia tienen dificultades sociales y carencias de aptitudes sociales. Como resultado, los contactos sociales y apoyos para muchos pueden limitarse a los miembros de la familia, a otros que tienen enfermedades mentales y a los profesionales de la salud mental. Al interactuar con el paciente, el asistente deberá tomar nota también de aspectos particulares de las habilidades interpersonales que pueden representar fortalezas o debilidades en el futuro al relacionarse con otros. Por ejemplo, un individuo con paranoia que expresa una gran cantidad de suspicacia y hostilidad no es probable que tenga relaciones íntimas estrechas.

Cognoscitiva

El individuo con una enfermedad mental puede tener numerosas anomalías en los procesos de pensamiento. El asistente deberá estar consciente de la presencia de perturbación mental, deterioros en la memoria, asociaciones dispersas, fuga de ideas, desorientación, delirios, alucinaciones, pensamientos paranoides, bloqueo del pensamiento y otros posibles indicadores de trastorno en el pensamiento. Además, deberá alentarse al individuo a analizar los pensamientos o fantasías, impresiones acerca de la situación actual, qué aspectos de la crisis resultan más amenazantes, y cualquier significado especial que la crisis tenga para el paciente. Deberá hacerse una evaluación acerca del *insight* del paciente dentro de la situación. Por ejemplo, si éste refiere que "oye voces (alucinaciones auditivas), ¿está consciente de que son alucinaciones y pueden ser parte de la enfermedad o cree que las mismas son reales? Deberá también preguntarse a los pacientes acerca de pensamientos de suicidio u homicidio. El asistente querrá indagar acerca de los sueños y aspiraciones del paciente. Como se analizó anteriormente, los pacientes con un alto nivel de funcionamiento antes del inicio de la enfermedad, pueden tener una difícil adaptación de sí mismos a las limitaciones que la enfermedad mental puede imponerles.

Por momentos, un paciente puede expresar pensamientos delirantes, con la inclusión de creencias que son claramente falsas. El asistente no deberá intentar discutir con la persona acerca de las creencias delirantes; este enfoque con frecuencia resulta en malas interpretaciones e ira. Sin embargo, el asistente debería evitar también fingir que da crédito a los pensamientos delirantes, para impedir un reforzamiento más amplio de las mismas para el paciente, o incluso, que se incorporen al sistema de los delirios. El mejor enfoque puede ser simplemente hacer una afirmación de desacuerdo. Por ejemplo, si un paciente cree que existen ondas de radio que controlan sus pensamientos y que por momentos éstos pueden escucharse al hacer un zumbido débil, no es útil tratar de persuadirlo lo contrario. El mejor enfoque puede ser el decir: "sé que usted

cree que balondas deradio que controlan suspensamientos, pero no pienso que aquéllaSexistan. Yoséqueustedceequelasescucha,perocreoqueunousted escucha es ultad? de las malas lugadas que le hace su mente por causa de su enf:mieda? . Es útil reconocer la validez de la experiencia sensorial del paciente, sm aceptar la interpretación que la persona hace de sus experiencias. *

CUATRO TAREAS PARA LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

Supervivencia física

Los aspectos más urgentes de la supervivencia ffsicase abordaron anteriormente, enfocándose en la estabilización de los síntomas agudos de la enfermedad mental. Un pa?ente que ha tenido un episodio maniaco o psicótico puede no habereta<lo almentándose de manera apropiada y puede necesitar hacer ajustes en u dieta. Puede necesitarse la medicación para ayudar en el control de la ansle?ad o el sueño. Los pacientes que tienen dificultad para enfrentar la ansiedad o la ira u otras emociones que implican altos niveles de excitación, pueden beneficiarse del entrenamiento en las técnicas de relajación.

La tarea de la supervivencia física con los individuos mentalmente énfemos que están en crisis con frecuencia requerirá de consulta psiquiátrica para a>. 11 al asistente en la comprensión de los usos y efectos de los medicamentos utilizados para tar la enfermedad mental (forrey, 1988). Como se indicó antes, la evaluación médica de los problemas ffsicos y psicológicos es esencial puesto que la enfermedad corporal no diagnosticada con frecuencia está presente en muchos pacientes psiquiátricos (Hall y otros, 1981). También algunas nfi:ie.dades físicas imitan a los trastornos mentales. En otros :asos, un mdlvidu con una enfd mental preexistente puede exacerbar los sfntos n:iedlante la mgsuón de drogas u otras sustancias. Incluso una fuerte mgsuó m: <:31efna puede acrecentar los síntomas maníacos o psicóticos en alguos mdlvids. Otros pueden experimentar una mala reacción ante una medicación particular para sus enfermedades mentales.

Expresión de sentimientos

Mue nencis, incluso aquellas sin enfermedades mentales, tienen una dlfcd idenufcaoón de sus emociones: los individuos con enfermedad

mental, especialmente aquellos que presentan síntomas, pueden pasar por un periodo aún más difícil. Un individuo que está atemorizado y ha tenido problemas con la paranoia, puede expresar temor por medio de la hostilidad, lo que impele a los demás a alejarse de él. El paciente puede sentirse confundido por una diversidad abrumadora de pensamientos y sentimientos. Un paciente en crisis que ha tenido episodios de enfermedad mental en el pasado puede creer que el caudal de sentimientos que acompaña a una crisis es el comienzo de otro episodio. El paciente puede necesitar de la garantía de que estos sentimientos intensos no necesariamente indican una descompensación. En estos casos deberá alentarse la expresión apropiada de estos sentimientos.

Por momentos, un clínico puede identificar un patrón de larga duración dentro de una inapropiada expresión emocional. Los clínicos deben recordar que algunos pacientes, como aquellos en esta<los maníacos, pueden ser emocionalmente volubles, en tanto que otros, de manera especial los esquizofrénicos, pueden hallar difícil expresar cualquier emoción. Los médicos clínicos deben ser cuidadosos, en especial con los individuos esquizofrénicos psicóticos, para no abrumarlos con apremios para expresar sentimientos siendo demasiado confrontadores (Torrey, 1980). El asistente no siempre sabrá si los sentimientos mostrados son respuestas apropiadas a la crisis (en cuyo caso incitar a su expresión de manera usual ayudará) o son síntomas de descompensación (en cuyo caso incitar las emociones puede interferir con la resolución). La regla más simple es alentar la expresión limitada y observar los resulta<los; si la expresión de sentimientos es tranquila, se puede continuar, pero sí el paciente se pone crecientemente agita<lo, se debe encauzar más atención hacia los aspectos prácticos, no emocionales de la situación.

Algunos pacientes mentalmente enfermos han tenido gran dificultad en el control de la ira, y ta terapia para crisis para tales pacientes puede necesitar incluir técnicas específicas de control de ta ira, como aquellas empleadas por Novaco (1974, 1976, 1979, 1980). El proceso es un planteamiento de inoculación de tensión en tres pasos, para el control de ta ira. Novaco instruye a sus pacientes . entécnicas de relajación elaboradas para disminuir la excitación psicológica de los mismos, como en la profunda relajación muscular o las técnicas de fantasías guiadas. Al mismo tiempo, el paciente aprende a identificar señales que indican incremento en los niveles de excitación (por ejemplo, una mandíbula apreta<la, puño cenado o aumento en el ritmo cardíaco). Con frecuencia un paciente con problemas en el control de ta ira puede ni siquiera estar consciente de que siente ira basta que sus sentimientos alcan?an un nivel de intensidad que no puede controlarse fácilmente. Para manejar esta carencia, se entrena al paciente para identificar situaciones que probablemente produzcan ira y señales internas, las cuales indican ira o frustración. Una diversidad de situaciones que provocan ira se clasifica en términos de la ira producida en el paciente por cada situación. El paciente entonces aprende a relajarse durante la exposición a situaciones crecientemente más difíciles. Davis y Boster (1988) describen el uso de las técnicas de Novaco aparejadas con estrategias cognoscitivas para ayudar al individuo a identificar percepciones alternativas a las situaciones.

Los pacientes pueden ser instruidos para utilizar estrategias similares para un nivel más bajo de excitación en una variedad de situaciones plenas de tensión. El aprendizaje de estas técnicas puede también prevenir futuras situaciones de crisis que resultan de las expresiones de ira inapropiadas, fuera de control.

* Debería darse una nota precautoria, de cualquier manera. Por momentos un individuo con enfermedad mt. referirá una experiencia o creencia que parece tener poco sentido pero viene a ser verdad. El SISStente deberá ser "avido con rm:.....:o a un k?l omie de algo delirante, hasta que no se haya verificado por CO111pleto. Un esqzofre111co en un servicio público en el cual el primer autor trabajó, alguna vez refirió al personal que había sido golpeado por una televisión que caía del cielo. Inicialmente el perso-- t mly nrvv-11 padono . * di d . r-+-: rqueei: em m uoemiviera experimentando un incremento en los síntomas. En no es se dó que otro paciente de hecho había arrojado una televisión a través de una ventana en un iso JIPC?oren parte trasera del edificio Y el primer hombre en =lidad había sido golpeado por la televisión. ndianósti.co de enfermedad mental no debeña hacer que un así<lente asuma que todos los pensamientos del paente son delirantes.

Técnicas similares filieden aprendme para ayudar con el control de la ira u otros estados de alta excitación y estados emocionales negativos.

Las intervencione\$ como la descrita antes van más allá de la tarea de simplemente controlar los sentimientos. Las mismas incluyen de manera clara un componente de dominio cognoscitivo, lo mismo que un plan para realizar adaptaciones conductuales e interpersonales. Con frecuencia las técnicas de intervención abarcarán aspectos de varias de las tareas en un enfoque de intervención aislada.

Dominio cognoscitivo

La tarea del dominio cognoscitivo abarca la reflexión acerca del incidente de crisis y sus circunstancias, y las relaciones entre aquél, las creencias del paciente y sus expectativas, lo mismo que los asuntos inconclusos y los sueltos y metas para el futuro. Esto abarca el llegar a entender y hallar sentido del incidente de crisis y su significado para la vida de alguien. Esta tarea es tan importante para los pacientes con enfermedad mental como para cualesquier otros.

Como se **destes**, el hecho de que a alguien se le diagnostique como mentalmente enfermo **pu** constituir un crisis en y por sí mismo. En tanto que el diagnóstico de enfermedad mental puede algunas veces acompañarse de alivio (al decir "yo sabía que algo estaba mal y al menos ahora puedo obtener un traento"), con frecuencia el mismo se confronta con temor y desesperanza. El paciente puede creer que estar mentalmente enfermo significa una vida en instituciones y una incapacidad para trabajar, casarse o perseguir cualesquier otras metas sueltas en la vida. Una enfermedad mental con frecuencia dura toda la vida. Muchos de nosotros experimentaríamos una crisis al saber que padecemos una enfermedad crónica para toda la vida, la cual pudiera requerir el uso a largo plazo de medicamentos y hospitalizaciones periódicas. La enfermedad mental, además, puede implicar un deterioro en el funcionamiento cognoscitivo que la mayoría de nosotros utilizaría para ayudar a manejar un caso semejante. El individuo con una enfermedad mental puede dudar de su propia racionalidad. Él/ella puede sentirse incapaz de confiar en sus emociones o controlar su comportamiento. El paciente tiene la probabilidad de sostener una variedad (con frecuencia equivocados) de supuestos acerca de las implicaciones del diagnóstico, y un sentido disminuido de la capacidad para manejar esto.

Es, por tanto, crucial que o un individuo se le informa en principio de un diagnóstico de enfermedad mental, se proporcionen información e instrucción con respecto a lo que es ésta, a cómo le afectará en particular al paciente, y a cómo se le puede controlar. Una persona que por primera vez sabe de un diagnóstico de enfermedad tiene la probabilidad de tener muchas ideas erróneas acerca de lo que ello significa. Estas ideas acerca de la enfermedad mental se fomentan a partir de las representaciones inadecuadas de la misma en los medios de comunicación, como la del "psicópata" que repentinamente comienza a **dtS** a gente desde una azotea. Junto con las ideas erróneas con respecto a la violencia, las personas con frecuencia hacen suposiciones cori respecto a quién tiene "la culpa" en la "provocación" de la enfermedad mental. Algunos todavía creen que la enfermedad mental es resultado de debilidades morales en el individuo o la familia. El paciente o su familia pueden decir "si tan sólo yo hubiera hecho esto" o "si tan sólo no hubiera hecho aquello", la enfermedad

mental no habría ocurrido. Con frecuencia, un paciente o su familia preferirán atribuir la enfermedad mental a otra causa, antes bien que encarar el miedo o estigma relacionados con los trastornos mentales. Por ejemplo, puesto que el inicio de la esquizofrenia ocurre con frecuencia al final de la adolescencia o en el inicio de la segunda década de vida, el mismo coincide muchas veces con un periodo en el que la gente joven experimenta con las drogas. Algunos esquizofrénicos pueden incluso utilizar drogas para automedicarse. Es con frecuencia más fácil para una familia o un individuo considerar a la enfermedad mental como "provocada" por el uso de drogas o incluso llamarla un "problema de drogas", antes que admitir la existencia de una enfermedad mental.

Torrey (1988) identifica a la actitud más útil que pueden desarrollar un individuo o su familia, con el acrónimo SAFE: Sentido del humor, Aceptación de la enfermedad, Familia en equilibrio y Expectativas que sean realistas. Al definir la aceptación, este autor señala que "la aceptación no significare nunciar, sino más bien un reconocimiento de que el mal es real, de que no es probable simplemente huir, y de que la enfermedad impondrá algunas limitaciones sobre las capacidades de la persona... Tal aceptación pone a la esquizofrenia en la perspectiva de una de las más grandes tragedias de la vida, pero también evita que la misma se convierta en una herida gangrenada que se come a sus anchas la esencia de la vida" (página 279). Las ideas erróneas complican el dominio cognoscitivo de la crisis por ser diagnosticado como mentalmente enfermo; las actitudes y visiones más realistas facilitan el dominio cognoscitivo.

Instruir a los miembros de la familia, lo mismo que al paciente, con respecto a la enfermedad mental, es justo tan importante como instruirlos en relación con otras enfermedades o discapacidades físicas; dadas las ideas erróneas y los temores populares asociados a la enfermedad mental, puede ser ello aún más importante. Un cierto número de libros recientes explican a las familias la enfermedad mental, y proporcionan información con respecto a su control, y también sugiere recursos de ayuda. La obra de Tooley, *Surviving Schizophrenia: A Family Manual* (1986) está entre las mejores sobre información global, pero otras también proporcionan información útil, y entre ellas se incluye el relato de Walsh (1985) desde la perspectiva de un padre, el relato de primera mano de Vonnegut (1974) y el libro de Hyde (1985), el cual responde a las preguntas que más comúnmente plantean los pacientes y sus familias acerca de la esquizofrenia. La Alianza Nacional para los Enfermos Mentales y la Asociación de la Salud Mental pueden también ser buenas fuentes de información acerca de la enfermedad mental, lo que incluye libros, folletos y cintas de vídeo. Los pacientes con dificultad para concentrarse lo suficiente como para leer un libro completo; pueden arreglárselas mejor con la información que se proporciona mediante otras modalidades, que incluyen la cinta de vídeo o la enseñanza directa. La comprensión de la enfermedad mental no curará, pero preparará mejor al individuo y su familia o a los otros que son significativos en su vida para realizar las adaptaciones necesarias en las actitudes, expectativas y comportamiento, de manera que la enfermedad pueda controlarse mejor.

El proceso educacional puede también aplicarse a los individuos que han tenido un diagnóstico de enfermedad mental por algún tiempo, y están experimentando otro tipo de crisis. Es importante que ellos comprendan la relación entre enfermedad mental y crisis. Por ejemplo, una víctima de ataque de tipo sexual que está mentalmente enferma y tiene una buena comprensión de la

enfermedad mental, puede sólo necesitar saber que puede ocurrir algún incremento en los síntomas durante la crisis. La enfermedad mental en sí misma puede no requerir mucha atención adicional. En otros casos, los aspectos de la crisis y el funcionamiento CASIC estarán interrelacionados con el entendimiento de la enfermedad mental. De hecho, aprender acerca de la enfermedad mental y corregir las percepciones erróneas acerca de la misma, pueden ser parte del manejo de los asuntos inconclusos en un paciente con crisis repetidas en relación con una enfermedad mental crónica.

El dominio cognoscitivo de la crisis por enfermedad mental puede requerir adaptaciones en las expectativas para el futuro. El cambio en éstas en algunos casos significa la aceptación del hecho de que el paciente necesita vivir en un ambiente estructurado, tomar medicamentos de manera indefinida, o que experimentará de modo periódico una caída parcial o total, lo cual puede requerir de un retorno al hospital. Si estos acontecimientos son probables, no es útil para el paciente tratar estas incidencias como fracasos por parte de otros. En algunos individuos mentalmente enfermos y sus familias, una crisis puede precipitarse por la incapacidad del paciente para satisfacer sus expectativas no realistas. Cuando ocurre esta situación, parte del proceso del dominio cognoscitivo y de resolución de los asuntos inconclusos abarca un nuevo análisis y revisión de estas expectativas. Johnson (1986) refirió que hubo algunas hospitalizaciones de menos de pacientes esquizofrénicos por parte de aquellos en los que no existieron discrepancias importantes entre las expectativas de la familia y el comportamiento respectivo. Johnson halló que la discrepancia más frecuente en las expectativas de la familia estaba centrada en torno de una creencia de sus miembros en cuanto a que el paciente llegaría a ser funcional por completo una vez más.

En síntesis, el dominio cognoscitivo en las crisis de individuos con enfermedades mentales no es distinto de lo que sería con cualesquier otros. Los individuos y sus familias necesitan aprender acerca de la situación, corregir las percepciones erróneas y hallar maneras de tratar de encontrar sentido en lo que ha sucedido. En algún punto aquéllos deben realizar adaptaciones en sus expectativas acerca del futuro. La diferencia fundamental en el dominio cognoscitivo entre los individuos con enfermedad mental puede ser el nivel de deterioro cognoscitivo resultante de la enfermedad. Algunos individuos mentalmente enfermos no tendrán percepción alguna de que existe una enfermedad o de que no piensan claramente, por cuanto son los procesos mentales en sí mismos los que se afectan por la enfermedad. E inclusive el discernimiento dentro de la enfermedad no impide las distorsiones cognoscitivas que complican el dominio cognoscitivo como dimensión de la resolución de la crisis.

Adaptaciones conductuales/Interpersonales

Si la crisis implica un acontecimiento importante en la vida, el proceso de adaptación interpersonal y conductual puede ser el mismo para una persona con enfermedad mental que para alguien que no tenga tal enfermedad. Sin embargo, en algunos casos, un incidente de crisis no relacionado con la enfermedad tal vez pueda causar que un individuo vuelva a analizar asuntos relacionados con ella. Por ejemplo, un individuo que no toma la medicación prescrita de una manera constante, pierde un trabajo por tercera vez, debido en parte a deficiencias en el

comportamiento o en lo cognoscitivo, las cuales podrían haber mejorado con la medicación. La pérdida del empleo es una crisis en y por sí misma, pero también puede sacar a colación "asuntos inconclusos" con respecto a la adaptación a la enfermedad mental. En este ejemplo, las adaptaciones de comportamiento que necesitará realizar el paciente incluirán pasos para un mejor control de la enfermedad mental por medio de la ingestión constante de los medicamentos.

La enfermedad mental de larga duración con frecuencia requiere adaptaciones en los patrones diarios de vida. Un individuo puede necesitar evitar o aprender nuevas maneras de manejar situaciones que son en especial abrumadoras o difíciles. Se puede necesitar el poner atención en los patrones de sueño. Ciertos agentes químicos o estimulantes, como la cafeína, tendrían que evitarse. La persona puede requerir una cierta cantidad de estructura en su vida cotidiana, en tanto evita las presiones y la sobreestimulación. Los miembros de la familia pueden necesitar modificaciones en cómo interactúan con un individuo con enfermedad mental y entender cómo responder cuando su pariente está experimentando los síntomas respectivos. Algún trabajo reciente en el tratamiento de la enfermedad mental se ha centrado en una combinación de actividades educativas y terapéuticas, proyectadas para ayudar a las familias a desarrollar habilidades para la resolución de problemas, de manera que se reduzca la tensión en el paciente (Hatfield y Lefley, 1987; Anderson y otros, 1986). Los grupos de apoyo como *Reach to Recovery* (poder de Recuperación) y otros grupos operados por la Alianza Nacional para los enfermos mentales proporciona a las familias no sólo educación, sino también apoyo y asistencia en la satisfacción de las necesidades de quienes padecen enfermedades mentales.

Una de las adaptaciones conductuales necesarias para una persona con enfermedad mental puede ser el uso continuado de los recursos para el apoyo acostumbrado, para la interacción interpersonal y la asistencia en la resolución de problemas y el enfrentamiento. Además, los individuos con enfermedad mental y aquellos que los rodean necesitarán reconocer los síntomas de descompensación o recaída para saber qué pasos dar para reducir al mínimo o evitar una nueva crisis. El proceso de identificación de tales indicadores es una parte importante del dominio cognoscitivo de la crisis de la enfermedad; dar pasos preventivos o de control cuando sobrevienen. Indicarles, es una parte importante de la adaptación conductual a la crisis. La intervención (por ejemplo, cambios en los medicamentos) realizada al inicio del proceso de recaída puede impedir que ésta sea completa, lo que sería más destructivo en la vida de la persona y llevaría más tiempo para quedar bajo control clínico.

Con respecto a los problemas futuros, si un paciente ha tenido un arraigado y recurrente problema de comportamiento, puede ser fácil predecir que éste ocurrirá de nuevo. Si este comportamiento crea una crisis para el paciente y aquellos que están en su entorno, un consejero puede trazar un plan específico para situaciones que probablemente lo producirán. Por ejemplo, un paciente se corta las venas de sus muñecas de manera repetida cuando se siente rechazado o solo. Aquellos con la probabilidad de intervenir en ese momento pueden realizar algunos planes específicos para la intervención cuando la situación surja. Además, el paciente puede recibir instrucción para planear ante situaciones potenciales de crisis. Pueden identificarse las situaciones con probabilidad de producir sentimientos de rechazo o soledad. El asistente puede trabajar con el paciente en el establecimiento de un plan de crisis que proporcione compor-

tamieqts alternativos de enfrentamiento. Se le puede instruir para que identifique las situaciones y utilice comportamientos alternativos para impedir el episodio desde la intensificación hasta llegar al abatimiento. Esto es la prevención secundaria (capítulo 2), en la que se da la intervención después del hecho, y la cual se encamina a ayudar al paciente en la realización de adaptaciones conductuales e interpersonales para evitar problemas futuros. Con frecuencia estas estrategias son más efectivas cuando se utilizan en un periodo de crisis, cuando el paciente es más sugestionable y está dispuesto a intentar más alternativas. En este sentido el tratamiento en curso y la planeación para la crisis y la intervención no son sólo compatibles, sino que también están estrechamente entrelazadas, como caras o puestas de la misma moneda.

En muchos casos la resolución de la crisis requerirá de adaptaciones, no de parte del individuo, sino de aquellos que le rodean. Como se analizó en este capítulo, es importante preguntar quién está de hecho en crisis cuando un individuo mentalmente enfermo llega ante la atención de los servicios para crisis; con frecuencia, en el caso de sus comportamientos problemáticos, éstos no le provocan la crisis a él, sino a aquellos que le rodean. Esto a su vez puede provocar una crisis para el individuo (por ejemplo, las familias algunas veces concluyen que no pueden tolerar más su comportamiento extravagante, con lo que obligan al individuo a caer en una crisis de quien no tiene hogar). Como fruto de la terapia para crisis, la familia puede ser más tolerante del comportamiento extravagante, si toman medidas para estar más tiempo lejos del individuo. En casos semejantes, la mayor meta terapéutica del funcionamiento óptimo garantizará la atención lo mismo al comportamiento extravagante del individuo que a las adaptaciones necesarias por parte de los miembros de la familia y de otros que están dentro de su entorno social.

En síntesis, los problemas arraigados y repetitivos de comportamiento tienden a producir crisis recurrentes, incluso si el individuo tiene menos probabilidad de experimentarlos como crisis de quienes lo rodean. El terapeuta para crisis puede ayudar a un paciente y a aquellos que están a su alrededor a: 1) identificar aquellos aspectos de la situación actual que producen los comportamientos, problemáticos, 2) realizar las adaptaciones necesarias para resolver las situaciones inmediatas, 3) predecir la recurrencia de las circunstancias que dan origen al comportamiento problemático y 4) desarrollar un plan para futuras recurrencias, lo cual incluye comportamientos y estrategias de resolución para la crisis que sean alternos para el paciente y para quienes le rodean.

CASOS DE TERAPIA PARA CRISIS: DAVID

David siempre había sido un poco solitario. Había sido un estudiante promedio en la escuela, y tenía aspiraciones de convertirse en contador. Cuando se graduó en educación media superior, planeó estudiar contabilidad en una universidad estatal que estaba a 110 kilómetros de distancia de su casa. En el otoño se inscribió en la escuela y empezó sus clases. Sus padres se preocuparon cuando David comenzó a llamar a casa cada vez con menos frecuencia. Cuando llegaron sus calificaciones de mitad de semestre, él estaba fallando en todas las clases. Sus padres intentaron llamarle, pero los estudiantes que contestaban el

teléfono del dormitorio de la universidad informaban que David no contestaba cuando llamaban a su puerta. Finalmente, el padre de David se fue hasta la universidad para hablar con él. Cuando aquel llegó, David no respondió a los llamados a su puerta, y el padre recibió la ayuda de un trabajador residente de la universidad para abrir la puerta. Cuando ambos entraron hallaron a David sentado en un rincón. Su padre apenas lo reconoció. David no se había rasurado en varios días y portaba varios pañuelos de colores y bufandas envueltos completamente alrededor de su cabeza. Estaba desnudo y sólo se cubría con una manta. David se puso muy agitado y comenzó a dar alaridos contra ellos para que se salieran de su cuarto. El padre de David intentó hablar con él, pero se puso más trastornado y amenazante. David acusó a su padre de ser el diablo y comenzó a gritarle algo acerca de unas ondas de radio. El padre de David finalmente se salió y regresó a su casa, con incertidumbre acerca de qué hacer. Se preguntó si su hijo utilizaba drogas. Esa tarde, David llamó a casa. Habló con su padre y sonaba como si nada hubiera pasado, hasta que se le preguntó acerca del incidente. David comenzó a explicar que Satanás, disfrazado como su padre, había ido a verlo, pero que David había sido lo suficientemente poderoso para contener las ondas provenientes del cerebro de Satanás y lo había derrotado. David llegó a decir que Satanás influye en sus profesores contra él, lo que había provocado que todos sus profesores lo reprobaran en sus calificaciones. Cuando el padre de David intentó explicarle que él había ido a verlo, éste se quedó callado, y entonces súbitamente gritó: "¡No me tendrás, Lucifer!" Y colgó el teléfono.

Los padres de David estaban aturridos. Cuando trataron de contactar con la universidad, se encontraron con que David se había mudado abruptamente fuera del dormitorio y nadie sabía a dónde se había ido. Durante una semana nadie pudo ubicarlo. Entonces su familia recibió una llamada del hospital de la ciudad. El trabajador social al teléfono informó que David había sido aprehendido por la policía dos días antes. David había estado desnudo y ejecutando rituales excéntricos en un parque. Estaba en un estado de agitación y refería que Satanás se había conjuntado con seres alienígenas para influir en sus ondas cerebrales mediante ondas de radio. Portaba una bufanda alrededor de su cabeza e insistió en que la misma protegía sus pensamientos de las ondas de radio de Satanás. La policía lo había llevado al hospital, donde se le colocó en una unidad psiquiátrica. No tenía ninguna identificación y se llevó dos días con su identidad oculta.

Cuando se le colocó en el área psiquiátrica, se le diagnosticó esquizofrenia y se le comenzaron a suministrar medicamentos. Sus padres fueron a visitarlo y estaban muy perturbados por su apariencia. David estaba notablemente agitado y continuó expresando sus creencias de que Satanás estaba detrás de él. Por momentos parecía estar hablando con alguien cuando estaba solo en el cuarto. El tratamiento de David en el hospital se centró inicialmente en mantenerlo a salvo y proveerle tranquilidad serena, además de los medicamentos para su esquizofrenia. Después de varias semanas, había mejorado notablemente y ya no parecía que estuviera escuchando voces. Sin embargo, tampoco parecía ser el mismo de antes.

Una vez que David mejoró, el personal del hospital comenzó a centrarse en proporcionarle terapia para crisis a él y a su familia. El personal orientó el tratamiento en torno de las cuatro tareas de la terapia para crisis.

1. Supervivencia física

Los pasos para asegurar su supervivencia física comenzaron en el punto en que fue hallado al principio por la policía. Fue claro que David no estaba capacitado para percibir la realidad en grado suficiente como para atender a sus necesidades básicas de comida, refugio y vestido. Estaba extremadamente agitado. El personal de las urgencias rápidamente determinó que David necesitaba ser ubicado en un ambiente seguro, porque estaba trastornado, había hecho varias amenazas y había intentado golpear a un guardia de seguridad. Una vez dentro del área psiquiátrica, se le suministraron medicamentos rápidamente, para disminuir su nivel de agitación. Hasta que estuvo más controlable, se le colocó en una unidad de seguridad. De modo gradual, David obtuvo mayor control.

2. Expresión de sentimientos

En tanto David mejoraba, se sintió perturbado por estar hospitalizado y se mostraba confundido por lo que le estaba sucediendo. En este punto el personal del hospital comenzó a explicarle a él y a su familia que había experimentado una crisis psicótica. De modo inicial, David se mostró iracundo y negaba que estuviera "loco". Inculcó al personal del hospital de estar olvidado con el diablo. En cuanto comenzó a mejorar, David se volvió menos disputador, pero también parecía mostrar signos de depresión, dormía largos lapsos del día y expresaba desesperanza con respecto a la vida. El personal del hospital lo evaluó y lo escuchó para hallar alusiones al suicidio. Al paso del tiempo la depresión mejoró un poco, pero David todavía mostraba poco afecto y expresaba desaliento. Se describió a sí mismo como si estuviera vacío.

Los padres de David también estaban muy perturbados. Ambos expresaron temor con respecto a su hijo y su comportamiento, y especularon con respecto a si tendría que ser "institucionalizado", aunque ellos parecían estar inseguros con respecto a lo que eso significaba. Por momentos, se culpaban uno al otro por la enfermedad mental de David. Se criticaron a sí mismos por no haberle proporcionado disciplina por momentos, y por haberle dado demasiada en otros. Los padres de David se preguntaron qué pensarían sus amigos con respecto a su hijo "loco". También sugirieron que alguien en la universidad le había dado drogas a su hijo y le había provocado "efectos alucinantes". El personal en el hospital suministró orientación de apoyo para ambos y también los ayudó a participar en un grupo de apoyo familiar. De modo apropiado, el personal del hospital vio el manejo de los sentimientos de la familia como algo importante; David y su familia estaban en crisis, y necesitaban terapia para ella.

3. Dominio cognoscitivo

El personal del hospital proveyó a David y a su familia de información acerca de la esquizofrenia; además obtuvieron información más amplia a partir de lecturas y de su grupo de apoyo. David participaba en los grupos para pacientes nuevos, donde se abordaban los síntomas y el tratamiento de la esquizofrenia. Inicialmente, David estaba incapacitado para concentrarse y hacer muchas lecturas sobre la materia, pero de manera gradual se volvió más capaz de leer

material sencillo por períodos cortos. Continuó por momentos con la expresión de paranoia y, ocasionalmente, tenía alucinaciones auditivas. Cuando el personal del hospital se percató de estos síntomas, garantizaron que no eran reales, sino que eran producto de su enfermedad, y que algunas veces ésta misma provocaría que su mente le "jugara malas pasadas". La instrucción que se proporcionó a David y a su familia se centró sobre varios asuntos. Primero, se les informó que la esquizofrenia es un mal cerebral por el cual a nadie puede culparse. Segundo lugar, se les informó acerca de los probables síntomas. En tercer lugar, se les proveyó información acerca del tratamiento, lo que incluyó medicamentos, el pronóstico a largo plazo y las necesidades de apoyo y dirección, también como los posibles indicadores de recaída. Se alentó a la familia a analizar los temores con respecto a la enfermedad y a las expectativas para el futuro. De manera desafortunada, al principio del trastorno es difícil evaluar cuáles expectativas son realistas para el futuro. Pero en el caso de David su limitada capacidad para concentrarse o procesar la información complicada, puso en claro que, al menos por ese momento, no sería capaz de continuar en la universidad. Esto fue muy difícil de aceptar para David. Él siempre había tenido la expectativa de que iría a la universidad y tendría éxito. De modo renuente, abandonó su meta para el futuro, pero continuó con la esperanza de que podría perseguirla en algún otro momento.

4. Adaptaciones conductuales e interpersonales

En tanto los síntomas floridos de David entraban en remisión y su familia aprendía con respecto a su enfermedad, encararon decisiones con respecto al futuro. David necesitaría permanecer con la medicación y necesitaría decidir dónde quería vivir y qué hacer con su vida en el momento presente. La familia consideró la posibilidad de trasladarlo a su hogar, pero a David no le gustó esta idea. Los padres también estaban preocupados con respecto a su capacidad para controlarse si éste empeoraba. Finalmente, estuvieron de acuerdo en que una casa de internado parcial en la que se le proveyera de comida, entrenamiento vocacional y alguna vida social, era la mejor opción. A David no le gustó la idea, pero estaban disponibles algunas opciones más. Se acordó que la idea era una solución de corto plazo, pero que David necesitaba alguna ayuda para tratar de volver a poner orden en su vida.

El personal en la casa de internado parcial ayudó a David a conseguir entrenamiento para un trabajo en el que hiciera alguna labor sencilla de oficina. También se le proveyó de ayuda para la comprensión y verificación de sus síntomas psiquiátricos, y se dio a su familia apoyo habitual también. El personal del internado parcial trabajó con David en la observación de cuáles situaciones eran muy tensionantes para él. Lo ayudaron a identificar la manera en que podría manejar sus síntomas cuando se incrementaran, lo que incluyó información acerca de dónde buscar ayuda. El personal del internado ayudó a la familia a reducir la tensión y el conflicto en sus interacciones con David y a evitar las cólicas con respecto a las deficiencias que resultaban de su enfermedad. El personal de la institución enseñó a David las aptitudes básicas y necesarias para la vida independiente. Después de ocho meses en el emplazamiento residencial, David se trasladó a un programa departamental en el que se le proveyó de su propio apartamento con personal de apoyo dentro del edificio: David continuó

con su trabajo en un ambiente protegido en el que hac(a) trabajo de oficina, pero mantuvo las esperanzas de movilizarse hacia un empleo competitivo.

Aunque el proceso de la resolución de la crisis fue totalmente exitoso en este caso, puede esperarse que David encarará crisis futuras, algunas relacionadas con su esquizofrenia y otras no. Por ejemplo, es probable que él experimente otra crisis psicótica. Dependiendo de su gravedad, David podría requerir de una hospitalización, que pusiera en peligro su situación de vida y su trabajo. Incluso puede ser necesaria una hospitalización prolongada. Como se hizo notar en nuestro análisis sobre el riesgo de mortalidad, este periodo puede plantear un riesgo especial para el suicidio. Por otra parte, David continúa con la esperanza de alcanzar su meta de ser controlador. Todavía no está claro si estas esperanzas realistas; puede ser necesario revisar sus expectativas y esperanzas para el futuro. También, continúa dependiendo de sus padres en cuanto al apoyo financiero y tiene una escasa red social. Se necesitará proveerle en el futuro de otros recursos de apoyo y asistencia. Por el hecho de que para muchos individuos mentalmente enfermos la dependencia de sus padres se extiende hasta bien entrada la vida adulta, la muerte de un padre es particularmente difícil. En tales casos, es esencial establecer otros apoyos más allá de la familia inmediata. Por ejemplo, un director de caso clínico puede funcionar como administrador de los fondos económicos de David y también puede proporcionarle apoyo adicional al ayudarlo a satisfacer sus necesidades básicas. Un centro social de corta estancia puede proporcionar contactos sociales más allá de la familia de David. Cuando sobrevenga una pérdida, lo mismo si es la de un padre que la de un director de caso clínico; David estará más capacitado para manejarla si tiene otras fuentes de apoyo.

Estas situaciones potenciales de crisis pueden anticiparse y planearse. La orientación anticipatoria puede utilizarse para ayudar a David y a sus padres en la preparación para problemas potenciales, con el fin de reducirlos al mínimo o evitarlos. Cuando surja la crisis, puede ser indicado un trabajo adicional de terapia para crisis. El apoyo de largo plazo deberá ser parte de cualquier plan para ayudar a David y a su familia en el manejo de su enfermedad mental.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Este capítulo ha aplicado el modelo de intervención en crisis con individuos con enfermedad mental crónica en ambientes comunitarios. Los últimos 29 años han visto un movimiento que se aleja del tratamiento de largo plazo en hospitales del estado hacia el emplazamiento comunitario para los enfermos mentales de larga duración. La falta de apoyos sociales y otros, lo mismo que la inestabilidad inherente a los trastornos mentales graves, ha redundado en un mayor uso de los distintos servicios para crisis por parte de estos individuos, y este capítulo ha intentado demostrar que el mismo modelo de crisis que se utiliza con las así llamadas personas normales, puede aplicarse también a las intervenciones con los individuos mentalmente enfermos.

La mayoría de los individuos con enfermedad mental grave continuarán en la necesidad de apoyo profesional y social en el futuro previsible; en la mayoría de los casos, la atención médica no puede sanar, sino que únicamente puede

controlar estos trastornos, de manera que los pacientes generalmente necesitan de asistencia y apoyo a largo plazo. El lugar de atención para los individuos mentalmente enfermos ha cambiado de las grandes instituciones a la comunidad, y los Estados Unidos han hecho una encomienda para acercarse al tratamiento comunitario y de alejarse de las instituciones del Estado. Este cambio ha redundado en costos reducidos (el emplazamiento en la comunidad es más barato que en los hospitales estatales) y salva obstáculos hacia el ideal admirable de ofrecer mayor libertad para miles de individuos antiguamente recluidos en instituciones. Pero ello también ha redundado en vidas menos estables para algunas personas mentalmente enfermas, sin que en todos los casos se proporcionen los medios para manejar esta inestabilidad. Los servicios comunitarios todavía reducen escasos fondos, y la consecuencia de la salida de una institución es para muchos una variedad de crisis -en la disminución del acceso a los servicios de pacientes internos sin un mayor acceso totalmente complementario a los servicios comunitarios. Dada la oportunidad de vivir de un modelo más normal y con una vida más independiente que en el pasado, la clave del éxito reside en proporcionar servicios de apoyo más normales, lo mismo para la vida cotidiana que para la asistencia a los individuos con enfermedades mentales a través de las crisis que seguramente ellos encararán.

Así como se ejecutan los servicios, existe una necesidad de investigación que evalúe el impacto de los mismos sobre los individuos mentalmente enfermos. ¿Ayudan los actuales servicios para el manejo de casos clínicos en la prevención de crisis tales como la falta de hogar? ¿Los programas de estancia que son mejores que otros facilitan un mejor control de la enfermedad y evitan la descompensación? ¿Los apoyos sociales que son mejores que otros reducen la utilización de los servicios de urgencias y para crisis por parte de estos pacientes crónicos? ¿Los servicios para crisis proveen de una mejor coordinación con otras instituciones de tratamiento de manera que pueda proporcionarse el apoyo para los individuos mentalmente enfermos que están en crisis? Hasta ahora, muchos de estos esfuerzos han sido fragmentados por una falta de coordinación, la cual ha redundado en una falta de servicios en algunas áreas y en una duplicación de los mismos en otras. Quienes con frecuencia se hacen presentes en las instituciones para la atención de crisis pueden estar en la necesidad de un plan de más largo plazo para lograr un control, ante bien que necesitar muchos contactos aislados que redunden en cambios que no tienen larga duración.

Se necesita también la investigación para enlazar las categorías diagnósticas con el proceso y el resultado. Por ejemplo, ¿existen diferencias entre los grupos de diagnóstico en términos de las características para la resolución de la crisis? Quizás el manejo de los sentimientos es una terapia que requiere más tiempo y centrarse en un individuo con un trastorno en el estado de ánimo, allí donde el dominio cognoscitivo puede ser más problemático para un esquizofrénico, cuyos procesos de pensamiento y capacidades cognoscitivas pueden estar menoscabados. Dada la impulsividad y las dificultades persistentes en sus interacciones, los individuos con ciertos trastornos de la personalidad pueden tener mayor dificultad en la complementación de la tarea de hacer adaptaciones conductuales e interpersonales. Los estudios minuciosos de proceso-resultado podrían centrarse sobre los asuntos o áreas específicas que son más problemáticas para los individuos sobre la base de los factores de diagnóstico y el menoscabo.

provocado por la enfermedad mental, o sobre si ciertas tareas son, de manera invariable, más pertinentes para ciertos grupos de diagnóstico.

La investigación acerca de los trastornos mentales, su etiología y tratamiento ha llegado más lejos en los últimos 20 años que en toda la historia anterior de la medicina. Esto ha conducido al desarrollo de intervenciones que han vuelto más exitoso el manejo comunitario de los individuos con enfermedades mentales. Un mejor control de estos trastornos puede impedir la descompensación y evitar los efectos negativos de las crisis. El tratamiento que reduce la duración de los episodios de enfermedad mental reducirá al mínimo el impacto del trastorno en otros sentidos al impedir la desorganización en el funcionamiento social y ocupacional, la pérdida de la situación vital y la hospitalización de larga duración. Todos estos acontecimientos evitados de la mejor manera, es posible. Por otra parte, mientras más se sepa con respecto a los trastornos mentales, los orientadores y trabajadores de servicio social estarán mejor capacitados para ayudar a estos individuos cuando estén en crisis. •

Intervención en crisis por teléfono

16

Karl A. Slaikeu
Sheri I. Jeff-Simon

Los servicios de ayuda son influidos, si no es que definidos, por las condiciones sociales y económicas de los tiempos. Esto no ha sido menos cierto en las "líneas de urgencia" o movimiento de orientación por teléfono que en otros servicios sociales. La intervención moderna por teléfono, la cual comenzó a final del decenio de 1950, se convirtió en la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio, y se desarrolló rápidamente en el entorno del activismo social en el decenio de 1960. Aunque no fue el primer servicio de orientación de 24 bocas por teléfono (Liga Nacional Salvar una Vida de la ciudad de Nueva York, establecida por primera vez en 1906), el Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles está acreditado como el primero que desarrolló las técnicas de cómo utilizar el teléfono para efectuar intervenciones para la salvación de vidas (McGee, 1974).

El uso por parte del Centro de Los Ángeles de personal voluntario, con cobertura de todo el día (y todos los días) y de institutos de entrenamiento acerca de cómo orientar de la mejor manera a los usuarios angustiados, por teléfono, sentó las bases para el rápido desarrollo de los centros por todo el país. En tanto que muchos de los centros de menor tamaño que se desarrollaron en el auge de consejos telefónicos dejaron de funcionar después de algunos años, la mayoría sobrevivió, y una elevación estable en el número total de los centros se vio en el transcurso de 1980. Un estudio de alcance nacional acerca de la prevención del suicidio y los servicios para crisis en los Estados Unidos y Canadá halló que

Los lectores desearían expresar su agradecimiento al doctor Charles Haywood, director del Instituto de Intervención en Crisis, de Buffalo, Nueva York, por proporcionar información con respecto a Servicios de Crisis, Constituidos Legalmente, y por sus provechosos comentarios en un boletín anterior de este ensayo.

Partes de este capítulo fueron tomadas de un trabajo de Karl A. Slaikeu, de 1983.

había alrededor de 500 centros conocidos, comparados con los menos de 50 en 1965 (Haywood y Leulhe, 1980).*

Más allá del incremento en el número de los centros, la década de 1970 vio el desarrollo de nuevos programas (Mono, 1979), lo mismo que una rápida expansión de la bibliografía con respecto a la orientación por teléfono (Auerbach y Kilmann, 1977). El resultado neto ha sido recalcar el importante papel que la orientación por teléfono puede desempeñar en los sistemas para el suministro del servicio amplio para crisis. Una revisión de la investigación acerca de la efectividad de la orientación por teléfono y los servicios de canalización, realizada por Stein y Lambert (1984), concluyó que la disponibilidad de los servicios telefónicos para crisis puede relacionarse con la reducción en las tasas de suicidio, particularmente entre las mujeres de raza blanca jóvenes. En este capítulo, abordaremos primero las características singulares de la orientación por teléfono, después consideraremos el cómo utilizar el modelo de los primeros auxilios psicológicos mediante el teléfono, seguido además de un análisis de los temas de investigación y las tendencias futuras.

SINGULARIDAD DE LA ORIENTACIÓN POR TELÉFONO

La característica más distintiva de la orientación por teléfono es que la ayuda que se proporciona a una persona en crisis toma lugar sin el beneficio de las señales no verbales, como son los gestos faciales y el lenguaje corporal, y se apoya exclusivamente en las palabras que se hablan entre el asistente y quien llama (el contenido) y cómo se hablan (el tono y el ritmo de la conversación) (Blumenthal y otros, 1976; Slaikeu, 1979).

Lester (1977) sintetiza las características más importantes de la orientación por teléfono, al hacer referencia del control del paciente que se relaciona con el contacto por teléfono. En la orientación cara a cara, un paciente generalmente toma lugar en la sala de espera, quizá en la oficina de un psicólogo que le da una recepción y se introduce en la oficina de un terapeuta, se sienta y comienza a hablar, todo bajo la conducción o instrucción de otra persona. La duración del contacto de manera usual ya está asignada y el terapeuta da pie a la terminación del mismo. En la orientación por teléfono se equilibra este diferencial de fuerzas, y se le da más peso al paciente; éste no sólo comienza la interacción terapéutica y ayuda, siempre que él lo quiera así, sino que también es libre de terminar con ella en cualquier momento.

Una segunda característica de la orientación por teléfono es que preserva el anonimato del paciente. La posibilidad de proteger la identidad se cree que facilita una mayor receptividad de sí mismo y apertura por parte de muchos de los que llaman.

En tercer lugar, los orientadores también son anónimos, un hecho que facilita la transferencia positiva. Al estar ausentes de las señales visuales, existe una mayor oportunidad para el orientador en cuanto a cumplir con la función de

quien llama con respecto a cuál sería el orientador ideal, lo que no ocurre en la situación cara a cara.

En cuarto lugar, la orientación por teléfono reduce la dependencia de alguien que llama con respecto a un orientador individual, y la transfiere al servicio clínico o de orientación. La mayoría de quienes llaman reciben la petición de dar sólo su nombre de pila, y con ello se desestimula la dependencia de un solo orientador.

En quinto lugar, la orientación por teléfono es única en su accesibilidad. La mayoría de las personas tienen un teléfono (o el acceso expedito a alguno) y el costo de su uso es bajo. La accesibilidad es determinante para los pacientes en crisis, especialmente aquellos que son suicidas u homicidas, y para aquellos que están incapacitados para abandonar sus hogares (los ancianos o quienes están físicamente discapacitados).

Por último, la orientación por teléfono está disponible en cualquier momento, en el día o la noche. La mayoría de los servicios están abiertos las 24 horas del día, todo el año, lo cual significa que la asistencia está disponible, con el mínimo absoluto de tiempo de espera. [Véase Miller (1973) para otras propiedades de los teléfonos aplicables a su uso en la orientación.]

Las características principales de las líneas telefónicas de urgencia como sistemas de suministro de servicio han sido descritas por algunos escritores (Bleach y Claiborn, 1974; Delworth y otros, 1972; Haywood y Leulhe, 1980; McCord y Packwood, 1973; McGee, 1974; Motto, 1979). En tanto que el requerimiento mínimo para que funcione un servicio de orientación por teléfono es una línea telefónica, la mayoría tiene varias de ellas, con frecuencia anunciadas bajo diferentes nombres en las columnas de anuncios clasificados de los periódicos y el directorio telefónico. Dos de las mejores descripciones de cómo poner en marcha una línea telefónica de urgencia (Delworth y otros, 1972; McGee, 1974) indican que debería existir también una línea independiente para gestiones que no sean de emergencia sino que se utilice generalmente para llamar a los voluntarios, otras instituciones, unidades de rescate, y así sucesivamente. Otros aspectos de las típicas operaciones ordinarias de la orientación por teléfono incluyen:

1. Utilización primordial de un personal de orientación no profesional, voluntario, para trabajar en los teléfonos (McGee, 1974; Rosenbaum y Calhoun, 1977).
2. Intervención en las llamadas para asistir en la supervisión e investigación.
3. Un aprecio a la conservación de los registros para permitir la contabilidad de la institución (con el número y tipo de llamadas durante cada mes) para facilitar la planeación durante los periodos de trabajo mensuales, y como ayuda para mejorar los servicios para los usuarios que repiten la utilización del servicio (McGee, 1974).
4. Asociarse en red con otras instituciones comunitarias para facilitar la canalización de los usuarios de la línea (Hoff, 1978; McGee, 1974).
5. Seguimiento de los usuarios después de varios días de la llamada al centro. Se ha encontrado que más de la mitad de los centros que respondieron a un estudio internacional se comprometieron en el seguimiento de quienes llaman (Molto, 1979).

* Esta cifra no incluye el gran número de los servicios de orientación asentados en universidades, las líneas de urgencia para jóvenes ni las líneas de urgencia de orientación religiosa.

Los dos cambios más impacientes en la operación de los centros de orientación telefónica en el transcurso de los decenios de 1960 y 1970 fue el cambio de alejamiento del anterior papel pasivo de esperar a que la persona en crisis llamara, hacia un enfoque más activo de hallazgo de casos, con una mayor visibilidad y la disponibilidad de los programas. (Motto, 1979, página 182), y la utilización del funcionamiento de la orientación por teléfono con un eslabón central que da a los ciudadanos un acceso a todos los servicios humanitarios en una comunidad (Haywood y Leuthe, 1980).

A partir de un estudio en 70 centros de prevención del suicidio alrededor del mundo, Motto describe innovaciones en las poblaciones objetivo a las que se dio servicio, lo mismo que en los procedimientos utilizados. * Basados en un análisis de las llamadas recibidas, los centros han planeado programas específicos de intervención para ancianos, víctimas de la delincuencia (como violación, robo con violencia, abuso sexual, violencia física), y han elaborado programas preparados en el sentido de la crisis, en ambientes tan diversos como escuelas, cárceles y festivales de música popular y tradicional. Los cambios esenciales de procedimiento en las operaciones de orientación por teléfono han tenido que ver con la educación de la comunidad, la elaboración de programas especializados de entrenamiento para otros trabajadores comunitarios, como policías y personal en las prisiones, y la utilización de visitas de alcance externo y a los hogares, como algo accesorio a la orientación por teléfono. Muchos de esos programas siguen la descripción de McGee (1974) del alcance externo como complemento lógico a la operación por teléfono.

LA LÍNEA TELEFÓNICA DE URGENCIA DE UNA CIUDAD: BÚFALO (NUEVA YORK)

Si usted necesita ayuda para un problema personal o familiar, llame a Sencl: los para Crisis en cualquier momento del día o de la noche, los siete días de la semana. El número es 834-3131.

Servicios para Crisis proporciona una confidencial solución de problemas a través del teléfono: información acerca de 800 instituciones de ayuda: orientación directa para angustia personal y desavenencias familiares: asistencias a las víctimas de violación y ataque sexual, y acceso a servicios completos de salud mental y retraso mental. Los trabajadores están en servicio las 24 horas del día para responder a las llamadas de suicidas, situaciones de crisis y urgencias de salud mental.

El anuncio que aparece de manera frecuente en el *Buffalo Evening News* resume de manera muy sucinta las principales características de *Crisis Services, Incorporated* (Servicios para Crisis, Constituidos Legalmente), en un sistema completo que incluye una función de orientación por teléfono, alcance externo, y un enlace concreto con un rango completo de otros recursos comunitarios para el beneficio de quienes lo piden. Llamado de manera original Servicio

de Prevención del Suicidio y para Crisis (SPCS, por sus siglas en inglés), esta organización se estableció en 1968 para satisfacer una necesidad de 24 horas de orientación para crisis y también para facilitar una coordinación más cercana de los servicios públicos y de voluntarios en la zona de Buffalo y del Condado de Erie. Al final de la década de 1960, el SPCS tenía cuatro líneas telefónicas (anunciadas por separado en el directorio telefónico y las columnas "personales" del periódico): Prevención del Suicidio, Línea de Urgencia para Casos de Droga, Línea para Problemas con la Subsistencia y Línea Telefónica de Urgencia para Jóvenes, con un personal de 80 orientadores telefónicos voluntarios. Éstos recibieron entrenamiento por personal profesional conformado por psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeras psiquiátricas expertos en intervención en crisis por teléfono. Un servicio de alcance externo de urgencia (intervención en crisis en casas, estaciones de autobuses y otras semejantes) se agregó en 1973, el año en que el SPCS tuvo cambios tanto en su nombre como en su función. Como *Crisis Services, Incorporated*, el centro cambió de una concentración en el suicidio y la crisis hacia un enfoque en la tensión de la vida y la orientación para crisis (Haywood, 1977). Por otra parte, el centro se convirtió en una central de intercambio entre los ciudadanos y 500 instituciones organizadas de servicios humanitarios en el área de Buffalo. La función de orientación para la tensión de la vida y las crisis se conformó con un personal de 150 consejeros sin sueldo que recibían entrenamiento y supervisión por parte de un personal profesional con sueldo. Mediante su función telefónica, Servicios para Crisis proporciona el único enlace constante y confiable entre toda la gama de instituciones de servicio humanitario en la zona de Buffalo. (En las nevascas de 1977, Servicios para Crisis fue el único servicio que pudo permanecer abierto para ayudar a los ciudadanos que sufrían por causa de la tensión psicológica que acompañaba a este desastre natural.)

Servicios para Crisis tiene además otras características clave:

1. Ayuda para la solución de problemas que se da a los usuarios en crisis se considera como algo que tiene lugar en el entorno de una estructura de "modulación de la tensión y conservación de la salud" (Haywood, 1977). El modelo pone énfasis en un enfoque holístico del funcionamiento humano, basado en valores humanos claramente enunciados (al disminuir la alienación social y redistribuir la responsabilidad por la solución de los problemas entre la comunidad), dirigido a conformar aptitudes vitales para reducir la tensión y el enfrentarla.
2. Servicios para Crisis considera que su trabajo con quienes llaman es lo mismo para la prevención de la psicopatología como para el incremento en la calidad de vida al facilitar el crecimiento mediante la resolución de las crisis vitales.
3. Servicios innovadores (como el del Programa de Personas en Trabajo Nocturno para alcohólicos, el Programa del Círculo de Atención para internos permanentes, los Servicios de Hospedaje para los desahuciados y otros) son "echados a andar" tan pronto como son capaces de sostenerse por sí mismos. Muchos de estos programas se desarrollaron a partir de la evaluación de las necesidades de los ciudadanos mediante la operación telefónica del centro. Este planteamiento se ajusta a otras estrategias "único-comunitarias", donde los programas de prevención

* Véase Motto, 1979, página 175, para un listado de los programas y de los centros en los cuales se proponían.

comunitaria se desarrollan como resultado directo de la información que se entresaca del trabajo clínico (Slaikeu, 1977).

4. Los voluntarios son todavía el principal sostén del servicio, aunque ahora se les llama de manera más apropiada "personal sin sueldo".
5. Todo intento se ha hecho para incrementar la accesibilidad de los servicios. Por ejemplo, cualquiera que camine por las calles de la zona de Buffalo puede levantar un teléfono de una caseta de la policía y ponerse en contacto directo con Servicios para Crisis.
6. Las llamadas son rutinariamente grabadas en cinta con fines de supervisión e investigación.
7. A quienes llaman se les llama de nuevo rutinariamente casi dos semanas después, para verificar la resolución del problema y la oportunidad de la canalización (si hubo alguna).

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS POR TELÉFONO

El modelo de los primeros auxilios psicológicos que se presenta en el capítulo 6 es un modelo genérico para su uso a través de varios ambientes comunitarios; y se puede adaptar de modo expedito a la orientación por teléfono. El mismo fue planeado de manera original para apreender los componentes más importantes de otros modelos de entrenamiento para orientación por teléfono (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1973; Walfish y otros, 1976), aunque en una modalidad consolidada. Aquellos que estén interesados en aplicar los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos a la orientación por teléfono deberán familiarizarse con la descripción de cada uno de los componentes en el capítulo 6, y el material de casos clínicos en el capítulo 8. Cuando se utilice el modelo para la orientación por teléfono, deben tenerse en mente las siguientes consideraciones:

Realización del contacto psicológico

Es importante recordar que en la orientación por teléfono el principal medio para lograr el contacto con un paciente es la voz del orientador, lo que incluye no sólo lo que dice éste, sino cómo lo dice. Para lograr los objetivos de este componente de los primeros auxilios psicológicos, es decir, para que el paciente se sienta comprendido, aceptado, o para que un aire de calma comience a reemplazar a la agitación y la confusión del estado de crisis, el orientador en su tono de voz necesita ser tranquilo, lento y calmante. Los que se entrenan para la orientación por teléfono deberán escuchar las grabaciones de sus propias voces, y también recibir retroalimentación de otros entrenados sobre el impacto del tono de voz, la velocidad y aspectos semejantes cuando hablan con un usuario en crisis. En lugar de dejarse atrapar por la apatía de un ciudadano que llama (que con frecuencia se refleja en un nivel alto de voz y una velocidad rápida en la conversación), los entrenados deben aprender a contestar con un habla atenta, calmada y controlada.

Además, deberá ponerse atención al diferente papel desempeñado por el silencio en la orientación por teléfono, por oposición a lo que ocurre en las

controversias cara a cara (Lumenthal y otros, 1976; Slaikeu, 1977). Sin las señales no verbales como los gestos faciales y el movimiento corporal sobre una silla, por ejemplo, el silencio por teléfono es mucho más ambiguo tanto para el orientador como para quien llama. ¿Significa un silencio que quien llama está pensando acerca de lo que se ha dicho, o que no sabe qué decir, o cómo decirlo? Quienes llaman y están reacios a hablar podrían ser ayudados por aseveraciones breves, reflexivas, empáticas, por parte del orientador, las cuales demuestren interés y un deseo de comprender la situación. Por ejemplo:

Debe ser difícil el poner en palabras algunos de los sentimientos de usted".
"Puedo imaginar cuán perturbador debe ser eso para usted". "Tómese su tiempo, y hable cuando esté listo".

Más allá de estas consideraciones, las estrategias para la realización del contacto por teléfono siguen los procedimientos presentados en el capítulo 6: escuchar de manera atenta los hechos y los sentimientos, y hacer uso de aseveraciones reflexivas, empáticas, para hacerle saber a quien llama que el orientador escucha, comprende y acepta lo que éste está diciendo.

Análisis de las dimensiones del problema

Puesto que la mayoría de los contactos para orientación por teléfono implican a usuarios que no son conocidos previamente por los orientadores, existe de manera usual poca información básica para comprender el problema de quien llama. Esto significa que el asistente debe apoyarse en la descripción narrativa del usuario, con la codificación de cada parte según las categorías descritas en el capítulo 6 (pasado inmediato, estado actual del funcionamiento CASIC del usuario en crisis, riesgo de mortalidad, fortalezas y debilidades, recursos, decisiones inminentes y así sucesivamente). Una táctica útil es plantear preguntas abiertas: "¿Qué es lo que ha estado pasando de manera reciente para hacer que las cosas sean tan difíciles para usted ahora mismo?" O, "dígame más acerca de lo que le ha estado angustiando recientemente". Estas y otras preguntas del tipo quién, qué, dónde, por qué, cuándo y cómo, pueden plantearse de manera no amenazante y tener el potencial para deducir información acerca de las dimensiones del problema del usuario.

Apartado 16-1

PROTOTIPO DE ENTRENAMIENTO: LOS ORIENTADORES TELEFÓNICOS

Véase el capítulo 19 "Entrenamiento: primeros auxilios psicológicos", para demostraciones de modelos y desempeño de papeles que pueden adaptarse a los programas de entrenamiento para los orientadores telefónicos.

Una de las ventajas de la orientación por teléfono es que, puesto que los orientadores no son vistos por quienes llaman, pueden hacer notas por escrito en tanto la conversación sigue su curso. Se pueden utilizar hojas de codificación basadas en los temas incluidos (especialmente el de Dimensiones del Problema) en el cuadro 6-1, como una guía para el orientador acerca de las áreas importantes que deben cubrirse.

Exploración de posibles soluciones

El hecho mismo de que un individuo llame a una línea telefónica de urgencia o a un servicio de orientación por teléfono, da alguna pista acerca de las adversidades para llegar a soluciones para la crisis. Quienes llaman con frecuencia han agotado sus recursos personales y sociales (Caplan, 1964; Speer, 1976), o de algún modo creen que aquellos que están disponibles para ellos (familia, amigos, compañeros de trabajo) no comprenden, o, por alguna otra razón, no deberían estar implicados en el problema en ese momento. Un contacto telefónico, entonces, proporciona una excelente oportunidad para que el orientador pregunte acerca de las varias vías que el usuario del servicio ha intentado, para analizar los obstáculos que éste ha encontrado (que incluyen, con mucha frecuencia, el entendimiento en quien llama de que "él no entendería", o de que "yo nunca le podría decir esto a ella"). En muchas ocasiones la láctica del orientador telefónico es poner a quien llama a volver a considerar una solución que se ha intentado sólo de manera endeble, o que ha sido rechazada demasiado pronto. El objetivo es crear tantas direcciones potenciales como sea posible, con el fin de actuar sobre las necesidades urgentes, identificadas anteriormente.

Asistencia para realizar la acción concreta

La distinción entre las intervenciones facilitadas y directivas es especialmente importante en la orientación por teléfono, puesto que la misma concede lineamientos para que el orientador implique o no a otras partes (familia, amigos, otras instituciones) en la crisis del usuario. Si el riesgo de mortalidad es bajo, y si el usuario se presenta a sí mismo como alguien capaz de tomar el acuerdo de los siguientes pasos para restablecer el enfrentamiento, entonces el orientador destina energía hacia la ayuda a quien llama para que realice la acción. Si se requiere una implicación directiva (cuando hay mortalidad alta, o cuando quien llama está incapacitado para actuar en su propio beneficio), entonces el acceso del orientador telefónico a otros recursos comunitarios es determinante. La acción directiva podría ahorrarle un rango desde la llamada del orientador a un miembro de la familia, hasta hacer que un equipo de alcance externo visite al usuario en su hogar, o enviar una unidad de rescate a una casa en las secuelas de un intento de suicidio.

Seguimiento

En los primeros días de la orientación por teléfono, se suponía que el anonimato que la gente buscaba al llamar a estos servicios impedía el seguimiento. Este no llegó a ser el caso, sin embargo. Slaikeu, Lester y Tulkin (1973) y Slaikeu,

Tulkin y Speer (1975) bailaron que los voluntarios al teléfono podrían obtener de quien llamaba por lo menos un nombre de pila y un número telefónico para permitir subsecuentes llamadas. Las consideraciones más importantes para los trabajadores del servicio telefónico de urgencia son: a) explicara quienes llaman las razones para el seguimiento y b) dar pasos para proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos. Pueden hacerse aseveraciones como las siguientes: "Yotengo interés en usted, y quiero saber cómo se desarrollan las cosas. ¿Podría yo llamarle de nuevo mañana por la tarde (o en algún momento, después de que se hubiera completado un acuerdo acerca de los pasos de acción), o podría usted llamarme aquí, para hacerme saber cómo se desarrollaron las cosas!"

En la mayoría de los casos, nada más que un nombre de pila y un número de teléfono es lo que se necesita para el seguimiento. Se puede proteger la confidencialidad si quien llama proporciona un horario para que se le llame (cuando otros miembros de la familia o el compañero de cuarto se encuentran fuera), o si el usuario acuerda llamar el centro en algún momento en particular.

Procedimientos como éstos necesitan ser una parte integral del plan de acción de la institución de orientación telefónica. El seguimiento sirve finalmente para beneficiar a quien llama y pueden también ser un impulso para la moral y la motivación de los trabajadores telefónicos en la modalidad de la retroalimentación acerca de cómo se ha recibido su ayuda.

INVESTIGACIÓN ACERCA DE LA ORIENTACIÓN POR TELÉFONO

Por más de dos décadas los investigadores han vuelto su atención hacia varios aspectos importantes de la orientación telefónica: las características de trabajadores telefónicos voluntarios (Evans, 1977; Gray y otros, 1976; Jamison y Johnson, 1975; Otten y Kahn, 1975; Schoerfeld y otros, 1976; Tapp y Spanier, 1973); la relación entre el entrenamiento y el desempeño del trabajador (Carkhuff, 1969; Evans y otros, 1978; Genthner, 1974; Hart y King, 1979; Lister, 1976; Schinke y otros, 1979; Walfish, 1981); los modelos de entrenamiento para los trabajadores telefónicos (Dixon y Burns, 1974; D'Augelli y otros, 1978; Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1973; Lister, 1976; McCarthy y Berman, 1971; Walfish y otros, 1976); las características de quienes llaman (Greer y Weinstein, 1979; Lester, 1970; Morgan y King, 1977); el contenido problemático de las llamadas (Preston y otros, 1975); las fases dentro del proceso (Echterling y otros, 1980); y el resultado de los contactos de orientación telefónica (France, 1975; Slaikeu y otros, 1973, 1975; Slaikeu y Willis, 1978; Walfish y otros, 1976; Young, 1989).

El consenso de las principales reseñas de esta bibliografía es que muy pocos estudios han investigado la relación entre el proceso de la orientación por teléfono (lo que sucede durante la llamada telefónica) y el resultado para quien llama o lo que sucede después, a quien llama (Auerbach y Kilmann, 1977; Rosebaum y Calboun, 1971; Slaikeu y otros, 1975). En su detallado análisis de los estudios acerca del resultado de la intervención en crisis, Auerbach y Kilmann destacaron que muchos de los estudios acerca del resultado habían informado únicamente acerca del resultado de los programas de entrenamiento, a responder a la pregunta de si los trabajadores se desempeñaron en los teléfonos

como se les había entrenado para hacerlo. Pocos estudios habían recopilado información acerca del resultado para el usuario en los días, semanas y meses siguientes a la llamada, y todavía menos estudios habían intentado establecer un enlace entre las variables del proceso (durante la llamada) y las variables del resultado (después de la llamada).

Esto significa que todavía sabemos muy poco acerca del impacto que la orientación telefónica tiene en cómo resuelven sus crisis quienes llaman. Esta laguna puede llenarse por cuanto se ha hallado que es posible el seguimiento telefónico de quienes llaman (Mmphy y otros, 1969; Slaikue y otros, 1973). Al entrenar a los trabajadores telefónicos a preguntar por un nombre de pila, un número de teléfono y un horario conveniente para llamar en respuesta, los datos del seguimiento pueden recopilarse para llegar a saber cómo se está manejando la crisis que condujo a la llamada inicial, en los días y semanas subsecuentes.

En tanto que están disponibles los datos acerca del proceso y de su resultado (análisis de las llamadas intervenidas y las llamadas de seguimiento por parte de los usuarios), todavía existe una necesidad de mayor precisión acerca de cuáles variables del proceso investigar y qué preguntas plantear acerca del resultado. Uno de los sistemas de codificación del proceso más frecuentemente utilizados, la Efectividad Clínica (Knickerbocker y McGee, 1973) ha presentado problemas en términos de confiabilidad de la interevaluación, y la Efectividad Técnica (Fowlcr y McGee, 1973) y la Escala de Contracción de la Crisis de Walfish (Walfish y otros, 1976), aunque muy altas en los coeficientes informados de confiabilidad de la interevaluación, todavía captan únicamente una parte de que se supone que los trabajadores para crisis están proporcionando a los usuarios durante una llamada de crisis. (Véase Auerbach y Kilmann, 1977; Slaikue y otros, 1975, para una crítica más detallada de los dos primeros sistemas.) Echterling y otros (1980) han dado pasos significativos en la investigación del proceso mediante la identificación de las fases para distintas actividades del asistente (por ejemplo, desarrollo de un clima benéfico, evaluación, concentración en los sentimientos, solución de problemas y otros semejantes). Estos autores han encontrado apoyo para la premisa a partir de la teoría de la crisis de que los comportamientos directivos del asistente (particularmente en la fase final de una llamada telefónica) están relacionados con el resultado exitoso (Echterling y Hartsough, 1989).

Las categorías de resultado para la investigación sobre la orientación por teléfono necesitan definirse de manera similar. Como se resume en el capítulo 21, se supone que la crisis abarca una falla en los mecanismos de enfrentamiento (Caplan, 1964); por tanto, el seguimiento debería verificar si ha habido alguna mejoría en la capacidad del usuario para enfrentarse con la crisis después del contacto telefónico. Según el modelo teórico de Lazarus (1980), ello significa que el seguimiento debería tener acceso a: a) la capacidad de quien llama para manejar los aspectos subjetivos de los sentimientos asociados con la crisis y b) la capacidad de quien llama para dar pasos hacia la solución del problema(s) urgente(s). Los estudios que han investigado el proceso de canalización (France, 1975; Slaikue y otros, 1973, 1975) son ejemplos de cómo utilizar el seguimiento para ver si los pasos de acción acordados durante la llamada fueron o no provechosos.

Si; necesita considerar el resultado en (al menos) tres puntos: el final de la llamada, algunos días después de la misma y seis meses después.

del contacto telefónico. En el primer caso, la meta es determinar si la conversación telefónica ha sido de asistencia urgente (Echterling y Hartsough, 1989). En el modelo de los primeros auxilios psicológicos que se presentó antes, esto se juzga a partir de: a) se ha proporcionado apoyo, b) se ha evitado la mortalidad; y e) se ha consumado el enlace con otros recursos de ayuda. En el segundo caso (algunos días más tarde), la evaluación de la capacidad (según Lazarus, 1980) se realiza al revisar específicamente los pasos de acción acordados en la llamada inicial. En el tercer caso (algunas semanas más tarde) la teoría de la crisis sugiere el análisis de la naturaleza de la reorganización que está tomando lugar (Caplan, 1964; Viney, 1976).

UNA MIRADA AL FUTURO

Las tendencias en la orientación por teléfono desde el final de la década de 1970 ofrecen indicios para el suministro de servicios en el decenio de 1990. Por ejemplo, un estudio de Motto (1979) pone de relieve los cambios tanto en los programas como en los procedimientos. La tendencia principal en los programas fue hacia los servicios individualizados para grupos como las víctimas del crimen o que incluye violación, agresión física, abuso sexual, ancianos, familias en duelo, personas con enfermedades venéreas y sin pareja. Las innovaciones de procedimiento incluyeron cambios tecnológicos como el agregado de cintas telefónicas como un accesorio de la orientación telefónica. En la Universidad de Texas en Austin (Iscoc y otros, 1979), y un sistema de "teleanlace" para la interacción grupal en Brisbane, Australia (Motto, 1979). Los principales cambios de programa, sin embargo, han sido el agregado de actividades que van más allá de la orientación telefónica tradicional y la canalización, para incluir servicios de alcance externo, educación comunitaria con respecto a las crisis vitales y prevención del suicidio. De manera similar, Haywood y Leuthe (1980) en un estudio de 500 centros hallaron que aquellos que habían sobrevivido por más tiempo tenían múltiples fuentes para obtener fondos, y cumplían una función de coordinación para otros servicios comunitarios.

La implicación más importante en estos hallazgos es que el futuro de los centros de orientación por teléfono podría bien descansar en su capacidad para satisfacer las necesidades tanto de los grupos consumidores como de otras instituciones dentro de la comunidad.

Por ejemplo, el Centro de Prevención del Suicidio de Cleveland, Ohio, funciona como un centro de 24 horas al día para la evaluación y canalización de urgencias psiquiátricas para el servicio de urgencias médicas del condado, y también maneja todas las llamadas de urgencia por las noches y los fines de semana para varios centros de salud mental. El *Montreal Tel-Aide Center* (Centro de Teleayuda de Montreal) es utilizado por los padres Anónimos y otros grupos comunitarios que de esta manera son aliviados de la carga de tener que establecer su propio servicio las 24 horas del día.

Nuestra visión es que cuando las líneas telefónicas de urgencia satisfacen las necesidades de otras instituciones por esta vía, el resultado final es mucho más que la simple cooperación. Este enfoque sirve también para conformar una

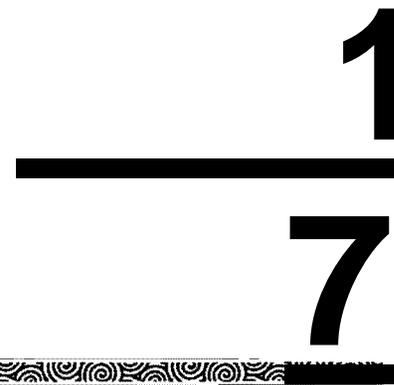
base política, la cual será necesaria para mantener el acopio de fondos en la década de 1990. En una era de gastos federales reducidos, los servicios humanitarios tendrán que apoyarse todavía más en los recursos locales y estatales. La máxima de Iscoe (.1974, 1977) de que los servicios humanitarios reconocen las "realidades políticas", indica que las líneas telefónicas de urgencia deberán trabajar para hacerse a sí mismas indispensables para otras instituciones (al manejar el trabajo-nocturno y de urgencias de fin de semana de éstas, al ofrecer una cobertura de 24 horas para "cinco de cada nueve" instituciones, generando canalizaciones, y otros semejantes), además a la satisfacción de las necesidades de distintos grupos electorales de consumidores. En tanto que las decisiones de acopio de fondos se realizan a nivel local y estatal, se volverá crecientemente más importante para los servicios como las líneas telefónicas de urgencia el tener aliados listos para apoyar las solicitudes de presupuesto que se inspeccionarán de la manera más cuidadosa en una era de reducción de recursos.

Por añadidura a estas consideraciones políticas, será necesario para los centros demostrar un efecto de cómo los usuarios de las líneas telefónicas de orientación resuelven sus crisis. Como se sugirió antes en este capítulo, la base para una sólida investigación del resultado ya se ha puesto, aunque persisten

muchas preguntas. El reto del futuro será llevar a cabo estudios que enlacen el proceso y el resultado (basado en el seguimiento de quien llama), que pulirán nuestra comprensión de los elementos clave en la orientación telefónica efectiva. •

Intervención en crisis en las escuelas

L,



Elizabeth R. Nelson

escuelas "bien" para los niños en crisis. La primera es que las escuelas son las únicas instituciones públicas avaladas por la sociedad para tener un contacto cotidiano con los niños, de manera usual en seis horas o más al día, en por lo menos nueve meses durante cada año. Los niños pasan tanto tiempo con sus maestros y compañeros de clase en la escuela como con sus propias familias. Esto significa que el personal de la escuela tiene la adecuada oportunidad para darse cuenta de que un niño está en crisis y, en virtud de su contacto continuo con el niño, ayudarlo a elaborar la crisis hacia la resolución.

Además de la cercanía física, y las oportunidades para la intervención que la acompañan, existe una sorprendente compatibilidad entre las metas de las instituciones educativas y aquellas que ofrecen servicios para crisis: ambas se encaminan hacia el crecimiento y desarrollo basadas en el aprendizaje. Según la teoría de la crisis, cada crisis en la vida del niño representa oportunidades para aprender, que pueden nunca llegar de nuevo. En lugar de considerar la intervención en crisis como una obligación extra del personal escolar, se le puede ver como una oportunidad especial para el aprendizaje. Cuando un niño no puede enfrentar una situación, lo mismo si ésta es la separación de uno de sus padres, la muerte de un amigo cercano, la mudanza a una nueva comunidad, él estará vulnerable por un tiempo, lo mismo que sumamente sugestionable, como si buscara nuevas ideas, nuevos modos de conceptualizar (comprender) qué es lo que sucede, y nuevas habilidades para manejar los sentimientos y comportamientos trastornados. Es en estos momentos que quienes tienen contacto cotidiano con el niño: maestros, entrenadores, consejeros de orientación, trabajadores sociales escolares, personal de oficina, administradores, personal de apoyo, tienen una oportunidad para facilitar el aprendizaje que podría ser muy difícil, si no es que imposible, de lograr, cuando las cosas estuvieran más "normales".

Las crisis que surgen en los ambientes escolares abarcan casi el rango completo de los incidentes circunstanciales y del desarrollo que se presentaron

en los capítulos 3 y 4. No es infrecuente para los maestros tener en sus clases a niños que están enfrentando el divorcio de sus padres, el desempleo de su padre, la muerte de uno de sus progenitores o de un pariente, o el trastorno psicológico provocado por la enfermedad física. De manera similar, desde la etapa preescolar hasta la educación media, los niños están integrados en el proceso de intentar el dominio de tareas para el desarrollo que les permitirán proseguir de una etapa del desarrollo a otra (véase el cuadro 3-1). Incluso los maestros no entrenados en la teoría de la crisis pueden reconocer los síntomas y trastorno de las crisis vitales: ausencia de la escuela, incapacidad para concentrarse, trastorno emocional, descenso en el desempeño académico, aislamiento respecto de los demás, comportamiento agresivo, desorientación cognoscitiva, etcétera. Lo que no es tan prontamente aparente para los maestros es qué pueden hacer ellos para ayudar a los niños a translaborar estos acontecimientos de tal manera que el resultado sea el crecimiento, en lugar del debilitamiento. Nuestra premisa es que los empleados en un sistema escolar, todos ellos en la jerarquía organizacional desde los conserjes hasta el director, pueden desempeñar un papel lo mismo en el reconocimiento que en el tratamiento de las crisis que encaran los estudiantes. También creemos que el conocimiento de la teoría de la crisis y el uso de las habilidades para manejar crisis necesitan ser una nueva carga para los maestros ya sobrecargados de trabajo, pero puede ser una ayuda para manejar problemas que ya están allí que no se irán, y que pueden encauzarse en el entorno de las actividades habituales del salón de clases y las conferencias periódicas con padres y alumnos.

Por casi dos décadas ha existido un rápido crecimiento de la bibliografía acerca de las crisis en las escuelas y con respecto a cómo los maestros, trabajadores sociales, consejeros de orientación, psicólogos escolares y administradores han manejado estas situaciones. Primero sintetizaremos la bibliografía, señalando algunos de los informes más interesantes y estimulantes con respecto a la intervención con los niños escolares. Entonces propondremos pautas que puedan ayudar en la aplicación del modelo de crisis a través del sistema escolar completo.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía acerca de la intervención en crisis en ambientes escolares puede dividirse en tres áreas: artículos que proporcionan un marco teórico, descripciones programáticas y estudios de casos. Sintetizaremos las selecciones representativas de cada grupo.

Artículos teóricos

Quizás el más significativo tratado teórico acerca de la intervención en crisis con los niños es el de Caplan (1964). Como se analizó antes, Caplan considera la prevención de los trastornos mentales como una función con respecto a si los niños tienen o no suministros materiales, psicológicos y culturales para manejar las tensiones de la vida. Los niños que se enfrentan bien a las crisis vitales son

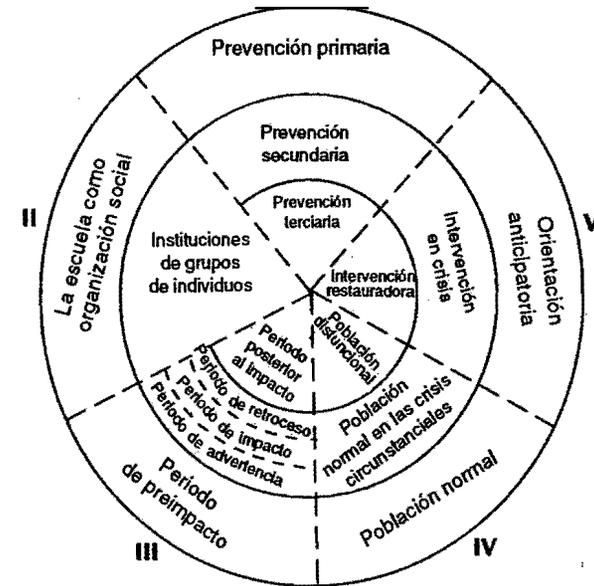


Figura 17. Etapas de la intervención educativa-psicológica para situaciones de crisis.

Fuente: "Child in stress: Anticipatory guidance in the framework of the educational system", por A. K. Klingman, *Personnel and Guidance Journal*, 1978, página 57, 22-26. Reproducido bajo autorización.

vistos como quienes tienen no sólo fortalezas personales y psicológicas, sino también los apoyos sociales necesarios para resistir los desequilibrios y realizar los cambios apropiados. La "consulta de salud mental" de Caplan para los maestros y el personal escolar fue una lógica extensión de la teoría de la crisis.

Klingman (1978, 1981) ha desarrollado un modelo teórico-tipológico para ayudar a los niños a enfrentarse con los desastres naturales y los provocados por la acción del hombre. Basado en el análisis de las necesidades de los niños israelíes en lo que siguió a la guerra del Yom Kippur de 1973, el modelo de Klingman se apoya en la distinción de Caplan: la prevención primaria (encaminada a evitar el pasaje de los incidentes de aislamiento a las personas para enfrentarlas antes de que ocurran), la prevención secundaria (asistencia que se da en las escuelas inmediatas de un incidente de crisis), y la prevención terciaria (el tratamiento que se da mucho tiempo después del incidente de crisis, encaminado a la rehabilitación de las víctimas). Un segundo componente teórico es el modelo de comportamiento en cinco etapas, de Glass (1959), para las fases de acción ante un desastre: preimpacto, aviso, impacto, retroceso y posimpacto.

La figura 17-1 aplica estas ideas a las crisis en los sistemas escolares. Las cinco secciones en el diagrama representan: I) las tres etapas de Caplan, II) las poblaciones objetivo implicadas, III) las etapas del desastre, de Glass, IV) la población objetivo, como se conceptúa desde el punto de vista de la higiene

mental, y V) las estrategias de intervención en sí mismas. La prevención primaria se concentra en la escuela en tanto organización social, y tiene lugar durante un período de preimpacto, tomando como objetivo a las poblaciones normales o los niños que aún no han sufrido tensión alguna, y manejando la orientación anticipatoria, o, instruyendo acerca de las habilidades de enfrentamiento o resolución de problemas, para dificultades que todavía no han surgido. La prevención secundaria se enfoca en los individuos, grupos y otros que sufren una crisis (o que experimentan los períodos de aviso, impacto o retroceso de Glass, en la reacción ante un desastre), y abarca estrategias de intervención en crisis como aquellas que se presentan en este libro. La prevención terciaria en este modelo se concentra en los individuos, grupos e instituciones mucho después de que ha tenido lugar el incidente de crisis (el posimpacto de Glass), cuando la disfunción ya es manifiesta, y se encamina a la intervención restauradora o rehabilitación.

La ventaja de este enfoque es que se concentra precisamente en tres conjuntos de estrategias de intervención; enseñanza, intervención en crisis y rehabilitación. Según Klingman, un sistema escolar debería destinar recursos a cada una de estas estrategias. (Véase también Hackney, 1984, y Sandoval, 1985).

Descripciones programáticas

La bibliografía acerca de la intervención en crisis en las escuelas incluye numerosos informes acerca de programas desarrollados para ayudar a los individuos a manejar crisis particulares (Allan y Anderson, 1985; Blackburn y Erickson, 1986; Dimidjian, 1985; Hunt, 1987; Konet, 1986; Ray, 1985; Wise y Smead, 1985); Klein y Lindemann (1961), por ejemplo, desarrollaron grupos de crisis para ayudar a los niños a dejar la transición de un ambiente doméstico al escolar. Winters y Modione (1975) entrenaron a voluntarios de secundaria para operar una línea telefónica de urgencia para estudiantes de su mismo nivel durante las horas de escuela. El proyecto de orientación para crisis de Neill (1977) en un sistema escolar de California combina elementos de orientación entre compañeros, educación a los padres y una línea telefónica de urgencia, todo ello encaminado a ayudar a los estudiantes que están "fuera de control". El programa pone énfasis en el entrenamiento de los maestros en técnicas de orientación (con valor curricular en la universidad), lo mismo que en la coordinación entre el programa escolar y distintos servicios comunitarios. Kaplan (1979) describe una serie de sesiones grupales otorgadas en bloques de seis horas para conjuntos de 6 a 12 estudiantes, todos los cuales han experimentado una pérdida reciente o de un ser querido, de una relación personal valiosa, de una mascota, de un miembro del grupo, etcétera).

Los programas de Entrenamiento desarrollados por Morse (1972) y Cochrane y Myers (1980) enseñan los principios de la intervención en crisis a los maestros, como una ayuda para manejar el comportamiento desordenado en el salón de clases. Estos modelos utilizan el concepto de crisis en un sentido más general, esto es, el comportamiento que resulta trastornador del funcionamiento del salón de clases (y, por tanto, un problema para el maestro), por oposición al trastorno y perturbación experimentados por un niño, como lo hemos descrito en el capítulo 2.

Bower (1964) sugiere que los sistemas escolares deberían proyectar programas de "inmunidad a la tensión", para ayudar a los niños en la superación de transiciones predecibles, como el ingreso a la escuela, nacimiento de un hermano, cambios de escuelas y así sucesivamente. Bower describe un programa semejante en la escuela secundaria. Los estudiantes acuden a una clase para el estudio y también trabajan dos días y medio cada semana en un centro de atención a niños por el rumbo del distrito escolar. Cada estudiante dentro de la clase es asignado a un niño distinto y recibe una guía inicial de observación para su estudio. El análisis estructurado en la clase de estudios sociales o que incluye al maestro y varios asistentes, como un psicólogo y un trabajador social) ayuda a los estudiantes a entender no solamente a los niños a su cuidado, sino también a entender su propio desarrollo. Las polémicas en clase se enfocan en preguntas como: ¿Qué piensas que fue lo mejor que hiciste con el niño? ¿Por qué? ¿Qué le gustó a los niños de ti? ¿Qué no les gustó? ¿Cuál niño te pareció el más interesante? Aunque Bower presenta información acerca de la efectividad de semejantes programas, el artículo tiene un valor heurístico considerable, puesto que demuestra cómo alguien puede utilizar indicadores del desarrollo a partir de la teoría de la crisis (Caplan, 1964; Danish y D'Augelli, 1980; Erikson, 1963), como un punto de inicio para la planeación de intervenciones.

Estudios de casos

Numerosas descripciones de casos ofrecen un material clínico rico en cómo se manifiestan las crisis en los ambientes escolares (Arena y otros, 1984; Hagerty y Rist, 1986; Wall y Viers, 1985). El artículo de Je. Biyant (1978) acerca de "Teacher in Crisis: A Classmate is Dying (El maestro en crisis: un miembro de la clase se está muriendo)" proporciona sugerencias concretas para los maestros acerca de cómo tratar con los niños que encaran enfermedades en fase terminal. Un ejemplo destaca los puntos de elección para los maestros y otro personal escolar:

La hermana de Juan tenía leucemia. Ella era una niña mayor que ella misma en la escuela. Todos en la clase de segundo grado de Juan sabían quién era su hermana. Incluso aquellos que no sabían su nombre. Su nombre era Ana. Pero los niños la reconocían como la niña que estaba enferma. Los niños no sabían el nombre de la enfermedad que Ana padecía, pero sabían que la misma era algo terrible. Pero cuando no se suponía que alguien pudiera hablar acerca de ella. Juan no conocía muchos detalles acerca de la enfermedad, pero su madre siempre le decía que todo iba a estar bien. Juan estaba confundido, sin embargo, porque ella le dijo esto a él con lágrimas en los ojos y con la voz contenida en su garganta.

Una mañana, por el altavoz, el director anunció un cambio en el programa del autobús escolar y una reunión de todos los nuevos compañeros en el plantel. Entonces Juan dijo que sentía decirles a todos que Ana Bradbury había muerto.

Los niños se impactaron con esta noticia. La señora Russell, la maestra de Juan, dijo que aquello era una terrible terrible situación: Ella pidió a sus alumnos que no mencionaran el nombre de Ana a Juan cuando éste regresara a la escuela, porque ello podría perturbarlo. Los niños se preguntaban a sí mismos: ¿Cómo murió ella?

¿Sintió dolor? ¿Dónde estaba ella ahora? Subrepticamente, encubriendo la intensidad de sus sentimientos, filtraron algunas preguntas en las conversaciones iniciales del día. ¿Qué enfermedad habla tenido Ana? ¿Podrían ellos contraerla? ¿Qué sucedió en el funeral? ¿Qué sucedería con el cuerpo de ella? ¿Cómo se comportaría Juan? La señora Russell dijo que quería que se detuviera todo aquello de hablar acerca de la muerte; que era tiempo de continuar con cuestiones más agradables.

Pero la conversación no se detuvo. Simplemente se desplazó del salón de clases hacia el patio de la escuela; donde los poros hechos que se conocían eran alterados por los chismes y la especulación.

Mientras tanto, en un esfuerzo por apartar a Juan de un dolor mayor, sus padres inmediatamente lo llevaron a visitar a sus amigos en otro estado del país. Juan percibió que sus padres amaban más a Ana que a él. Ellos ni siquiera lo querían cerca de ellos! Cuando él preguntó acerca de la muerte de Ana, se le dijo que Dios la había escogido para estar con tí. Juan sintió angustia. ¿Querría Dios que Juan también se fuera con él? Juan no podía esperar para regresar a la escuela y sentirse normal de nuevo.

Pero el niño no se sintió normal en lo absoluto en la escuela. Existía una barrera entre él y sus compañeros de clase. Antes bien que arriesgarse a decir algo apropiado a Juan, los niños simplemente lo evitaban. La señora Russell y las otras maestras de Juan fueron compasivas, pero estaban inseguras acerca de la manera de aproximarse a él. Ellas le dijeron que la vida era preciosa y le dijeron que intentara pensar en rosas bellas. Tres meses más tarde, cuando las calificaciones de Juan habían declinado y su estado de ánimo se había ensombrecido, la señora Russell dijo que él sólo tendría que poner su "barbilla alta" y "dedirse con empeño" al trabajo. Con la esperanza de proteger a Juan, la señora Russell lo había aislado.

Juan no pudo dedicarse con empeño al trabajo porque su vida estaba en caos. No podía olvidar que en el transcurso de buena parte de la infancia de él su hermana él había deseado que ella muriera. ¿Era él responsable de la muerte de ella? Continuó con la preocupación de que Dios se lo llevaría o, al menos, lo castigaría. Juan también sabía que las cosas no estaban bien en su casa; la mamá de Juan se había mudado al cuarto de Ana.

La señora Russell visitó a la mamá de Juan para expresarles su pesar. Con lágrimas en sus ojos, la madre de Juan repasó la historia de la muerte de Ana. La madre añadió que ella temía que no pudiera resistir y que el padre de Juan no tuviera ya más una verdadera vida de casado. La señora Russell estaba profundamente preocupada por la madre de Juan y por su familia, y también estaba avergonzada y completamente perdida con respecto a cómo manejar la situación. Al sentirse totalmente inadecuada, la señora Russell dijo que estaba segura de que todo estaría bien con el tiempo, y se fue.

La señora Russell escribió en el expediente de Juan que podría haber problemas más adelante para esta familia. Y los ha habido. Los padres de Juan están separados; él ni lo anda a la deriva por la escuela. Por algún tiempo, los compañeros de clase de Juan y Ana estaban temerosos de los hospitales aterrizados con la leucemia y perturbados acerca de la muerte. Cuando ellos pensaban en Ana y Juan, no recordaban sus cualidades humanas y las experiencias romanas sino la fascinación y especulación prohibidas que rodearon a la muerte de Ana (páginas 233-234).

En ausencia de una oportunidad de asegurarse de la información concreta de la muerte de Ana, los estudiantes fueron dejados a sus propias fantasías y temores acerca de lo que la muerte de ella implicaba para ellos. La ausencia del maestro es

ayudar a los niños, y también de los padres del niño que se muere, al comprender la realidad de la situación, manejar los sentimientos que la misma provoca y dar los pasos conductuales necesarios para translaborar la crisis.

Keilh y Ellis (1978) estudiaron seis casos en los que los niños, los maestros y los administradores fueron forzados a tratar con la muerte de un estudiante. El proyecto abarcó aproximadamente un año durante el cual los autores realizaron entrevistas clínicas de final abierto con estudiantes del salón de clases de quien murió. Cinco de las situaciones, la muerte fue de un niño de primaria, y el sexto fue una maestra de 30 años de edad. El niño Ted, de siete años de edad, había caminado lejos de la escuela desde el patio hasta una "zona prohibida", y murió cuando cayó a tierra desde una pendiente elevada. La niña de ocho años, Laura, murió en un accidente automovilístico en el que su madre era la conductora. Rafa, de ocho años de edad, también murió en un choque automovilístico, aunque su muerte no tuvo el impacto de las demás puesto que él acababa de mudarse a la zona y no era tan conocido para los niños. Jazmín, una niña de nueve años de cuarto grado, recibió accidentalmente un disparo de parte de un chico vecino (también conocido por los compañeros de clase de Jazmín). El quinto individuo, Esteban, un niño de ocho años, murió lentamente de leucemia. El sexto individuo, una maestra de 30 años soltera y dedicada, murió súbitamente de complicaciones de neumonía. Sus alumnos la habían visto en clase el viernes, sólo para saber el lunes que ella había muerto durante el fin de semana.

Los resultados de los análisis de los casos por parte de los autores indicaron dos métodos de principios para enfrentar las muertes: tratar de manera directa con la muerte de los estudiantes muertos, o no hacer caso por completo. El no hacer caso de la muerte acarrea lo siguiente:

El procedimiento general era para evitar cualquier atención de la muerte. La razón oficial para no hacer caso de la muerte fue que la polémica al respecto mantendría agitada a los niños. En el caso de Jazmín, en el que no se hizo caso de la muerte de la niña, las autoridades retiraron de manera abrupta las pertenencias de ésta, lo que incluyó su mesa de trabajo. Las reacciones del resto de los niños fueron de timor. No se hicieron preguntas. Un libro, que pertenecía a la niña muerta, fue borrado accidentalmente por uno de los niños en el salón de clases. El niño que abrió el libro vio el rostro de la chica que murió, dio un alfiler y tiró el libro. Aun cuando muchos de los niños que murieron habían desaparecido misteriosamente durante la noche, sus compañeros de clase llevaban dentro de sí la noticia de la muerte. Los estudiantes hablaban de la desaparición de ésta y de los rumores de su muerte que ellos habían escuchado. Durante la hora del almuerzo, los recessos y otros momentos, los niños se reunían y hablaban de la niña que había desaparecido. Las reacciones de los adultos parecían comunicar que la desaparición de Jazmín fue un incidente mágico. Inevitablemente, un incidente tan horrible que nadie podía hablar de él. Directo en el salón de clases consistió en un comportamiento intranquilo, una incapacidad para concentrarse, y un ligero descenso en el aprendizaje.

El otro método sólido de intervención con la maestra, quien de manera gradual reconoció que estaba teniendo problemas para ayudar a la maestra de su clase a superar la muerte de su compañera de grupo. Entanto la maestra el orientador platicaban, ella se puso más perturbada; la muerte de esa niña aparentemente la hizo. Otro experimento personal previo en las que ella había tenido que encarar la muerte de personas importantes en su vida.

La represión que la maestra ejerció sobre sus propios sentimientos había estado hasta que ella se confrontó con la muerte de su alumna (Keith y Ellis, 1978, página 231).

El relato de los autores acerca de las reacciones de no hacer caso a esta muerte en particular pone de relieve algunos asuntos importantes: a) sólo porque no se le dio la oportunidad a los niños para hablar acerca de esa muerte no significaba que disminuyera su interés en el asunto. Ellos buscaron sus propias oportunidades para abordar lo que había pasado, para hacer acopio de información y para intentar armar el asunto por sí mismos. b) La muerte de un niño tiene un impacto no únicamente sobre otros compañeros de clase, sino también sobre los maestros. La naturaleza de esta crisis particular de la maestra encaja con los conceptos teóricos mencionados antes (Caplan, 1964; Miller e Iscoe, 1963), en los que un incidente en la vida (en este caso la muerte de un estudiante) desencadena conflictos previamente irresueltos para la persona en crisis. La muerte de la niña agitó sentimientos reprimidos acerca de la pérdida de otras personas importantes en la vida de la maestra. Estos antecedentes fueron necesarios para entender la incapacidad de la maestra para ayudar a los miembros de su clase a "sujlerar" la crisis. Por el lado positivo, la crisis dio a la maestra una oportunidad para translaborar las pérdidas anteriores, esta vez hacia un final diferente.

El manejo directo de la muerte de la niña escolar significó la participación de todos los involucrados.

La participación comenzó con el director, o al menos su aprobación, e incluyó a los maestros, el personal especial y los compañeros de salón de clases de la niña muerta. "Los profesionales se reunieron con frecuencia como un grupo y planearon un curso de acción. El director, en uno de los casos, envió un memorándum a todo el personal de la escuela para informarle de la tragedia. Los maestros fueron preparados por sí en sus clases hubiera perturbación y trastorno después de la muerte de la niña. Usualmente se avisaba a cada clase acerca de la muerte de su compañero de clases al comienzo del día. Se alentaba el planteamiento de preguntas y las respondía el maestro. Al anuncio de la muerte siguieron discusiones generales y se analizó en clase la decisión de qué hacer con las pertenencias del niño que murió, como preludio a la decisión hecha en grupo. La integración de los niños en la ejecución de actos efectivos y orientados hacia el control se consideró importante. La compra de flores, la firma de una carta de pésame, o la plantación de un árbol fueron todos considerados rasgos simbólicos que se utilizaron para expresar el duelo. Estas cinco consideradas acciones concretas en las que los niños podrían participar (Keith y Ellis, 1970, páginas 231-232).

Basados en los datos de entrevista, los autores concluyeron que las reacciones de los pupilos ante la muerte de un compañero de clases depende en gran medida de los comportamientos de los adultos implicados, y la del maestro del salón de clases es una poderosa influencia. Si el maestro niega la capacidad del niño para manejar la muerte y está temeroso de manejar los sentimientos dolorosos que rodean a ésta, entonces su actitud puede impedir que los niños translaboren el proceso del duelo. Los autores recomendaron las siguientes pautas al tratar con la muerte de un alumno:

1. Inmediatamente después de recibir la noticia de la muerte del alumno (o del maestro), debería convocarse una reunión del director, los maestros

afectados y un orientador escolar, para analizar cómo manejar la situación, lo que incluye las reacciones de los compañeros y padres de familia.

2. Uno más de los presentes en la reunión deberían entonces asignarse para abordar la cuestión de la muerte con los compañeros de clase del niño fallecido y para responder a sus preguntas. Si la persona que conoce mejor a los miembros de la clase, el maestro, no está preparado para semejante reunión, entonces él mismo podría estar presente mientras otra persona (el director, orientador escolar o quien sea) conduce la discusión.
3. Un resultado de la discusión debería ser un plan para la acción de retiro de las pertenencias del niño que murió, enviar un mensaje de condolencia a la familia y alguna especie de conmemoración del estudiante fallecido. De manera ideal, los alumnos deberían tener mayor injerencia en la elaboración del plan. Éste debería ser sencillo y permitir una conclusión dentro de un tiempo razonable.
4. En lo subsecuente a estas actividades, el maestro debería tener autorización administrativa para responder a las solicitudes individuales y grupales para abordar la cuestión de la muerte, lo mismo en términos del alumno muerto que como un fenómeno más general. Esto tiene el potencial de proporcionar una experiencia de aprendizaje para los alumnos y también de proveer una oportunidad para que el maestro observe el progreso de los estudiantes para subsanar la pérdida.
5. El director, el orientador escolar, o ambos, deberán continuar el seguimiento con el maestro para verificar cómo progresan los miembros de la clase, para resolver cualesquier conflictos más amplios con respecto aun más extenso contacto con la familia en lo tocante a la muerte, y para revisar otros efectos que ésta pudiera tener sobre la actividad del salón de clases.

Uno de los más valiosos estudios de casos dentro de la bibliografía sobre crisis abarca el trabajo de un consultor psiquiátrico para una escuela primaria en las escuelas del homicidio contra una maestra (Danto, 1978). La maestra recibió un disparo de muerte de parte de su marido enajenado mientras ella estaba delante de su clase de 30 alumnos de primer grado. El informe detallado de Danto (el ejemplar completo de noviembre de 1978 de la publicación *School Counselor*) describe la gama de síntomas que experimentaron los alumnos en los días y meses posteriores a la tragedia (perturbaciones somáticas, comportamiento de adhesión y dependencia, camas mojadas, dificultades académicas y otros comportamientos regresivos) y las estrategias paso a paso que adoptaron los funcionarios de la escuela, los orientadores, la policía y los abogados al trabajar con los niños a lo largo del juicio, durante el cual prestaron testimonio algunos de ellos. En el núcleo de este análisis está la idea de que al reaccionar reflexiva y deliberadamente, el personal de la escuela fue capaz de elevar al máximo las oportunidades de aprendizaje y crecimiento para los niños acarreadas por esto; la crisis siguiente al homicidio fue un periodo de un gran peligro potencial para los niños (el comportamiento regresivo para continuar, los chicos podrían salir de ella con creencias que los hicieran más temerosos del futuro), pero también un periodo que presentó oportunidades para el aprendizaje. Danto identificó las cuatro necesidades básicas de aprendizaje que guiaron su trabajo con los niños en las escuelas del asesinato:

1. Asistencia a los niños para aprender acerca de la muerte; por ejemplo, responder a preguntas acerca de la muerte que fueron precipitadas por el asesinato.
2. Aprender acerca de cuán inaceptable es la violencia (manejar el conflicto entre el asesinato real que tuvo lugar en el salón de clases y la violencia de la televisión a la cual ellos habían estado expuestos previamente).
3. Aprender acerca de la responsabilidad cívica, uno como ciudadano para asegurar que los malechores sean llevados a juicio (ayudar a los niños a cooperar con la policía y otros investigadores para llevar al marido acusado a juicio).
4. Aprender que la penalización es una consecuencia de la acción violenta (la exposición a las prácticas del sistema de justicia criminal, que en este caso halló culpable al acusado).

La intervención abarcó una serie de reuniones con los padres de familia, los mismos alumnos, la policía y el personal escolar (maestros, consejero de orientación, director y funcionarios), todas encaminadas a ayudar a los niños en la comprensión de lo que había sucedido, en la expresión de los sentimientos y en el manejo de tareas urgentes) como hablar con la policía y testificar en la corte. Danto describe los temas del dominio cognoscitivo de la crisis:

En tanto que no pusieron énfasis en el trauma de la experiencia, los niños necesitaron analizar y comprender por qué algunas personas se vuelven violentas, qué lleva a la muerte, y necesitaron tomar en cuenta las cualidades positivas como las negativas de su maestra, de la Oera que ella no fuera confrontada (página 72).

Los padres necesitaron ayuda en el trato con los niños que desarrollaron temores en cuanto a retornar a la escuela, comenzaron a apearse a sus padres y quienes mostraron síntomas somáticos como dolores estomacales, náusea, dolores de cabeza. El autor necesitó asesorar a los padres acerca de por qué los niños necesitaban trasladar la experiencia, poniéndolos sobre aviso contra el tratar de lograr que los niños olvidaran el incidente muy rápidamente:

Yo expliqué que incluso si a un niño se le enseña a olvidar, él de hecho no olvida: el conocimiento se reprime. Por tanto, el niño mantiene el trauma, y nunca aprende a enfrentarse a él. Únicamente al encarar la situación directamente y manejarla de manera abierta, el niño puede aprender a enfrentarla. Así el niño no habla acerca de ello, también obtiene el mensaje de que hablar es peligroso y nunca aprende a verbalizar lo que siente (página 73).

Aunque este artículo no proporciona datos firmes acerca del progreso del niño al paso del tiempo, el autor informa que las impresiones de los maestros y otros miembros del personal escolar fueron de que las intervenciones resultaron provechosas para los niños y sus padres.

Las sugerencias de Danto para otros implicaron organización de una respuesta del sistema escolar a tragedias como éstas, se equiparan a aquellas de Keith y Ellis (1978):

1. Todo el personal escolar debería estar involucrado, además de los consultores competentes externos, adiestrados en la aplicación de las

técnicas de intervención en crisis, los principios tanatológicos, el conocimiento de la psicología forense y con experiencia en el trabajo con la policía y el sistema judicial.

2. Los padres de familia deberían ser una parte del proceso de toma de decisiones en cada etapa, lo que incluye aquellas acerca de cómo tratar con la prensa, la policía y el sistema judicial.
3. Los consultores deberían estar con los niños y los padres de familia en el periodo del juicio, en particular cuando ellos tengan que testificar en la corte.
4. A manera de conclusión, el autor subraya la visión de que las crisis circunstanciales semejantes a ésta deberían considerarse como incidentes que fuman a la gente dentro de un sistema a confrontar conflictos vitales importantes.

tiernos aprendido que no toda la ansiedad expresada estuvo exclusivamente relacionada con este único incidente. En otros casos que existieron preocupaciones recurrentes que evocaban preguntas/recurrentes. Las preguntas de manera esencial implicaban ansiedad con respecto a la muerte y el duelo. Estas preocupaciones no se desarrollaron justo en el momento de la muerte de McDonaldestaba allí desde el principio (Danto, 1978, página 88).

El reto para los sistemas escolares es responder a estos acontecimientos individuales de tal modo que el análisis de estas ansiedades conduzca a un aprendizaje constructivo en lugar de al debilitamiento.

Como indica la bibliografía, muchos miembros del personal de la escuela son sensibles a las crisis vitales que surgen tanto para los niños como para los maestros, y se han puesto en práctica numerosas ideas programáticas—muchas fundamentadas en los principios de la teoría de la crisis. Una deficiencia importante en la bibliografía, sin embargo, es esa carencia de información evaluativa acerca de los varios programas e ideas propuestos. De maneras similares, existe una necesidad de una mayor claridad en las pautas que los maestros podrían seguir en distintas situaciones de crisis. Es hacia estas deficiencias que nosotros volvemos nuestra atención en tanto trazamos direcciones para el futuro suministro de servicios y de investigación.

ADAPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS A LOS AMBIENTES ESCOLARES

El tema unificador a partir de la bibliografía acerca de la intervención en crisis en las escuelas es que éstas introducen a los maestros y sus colegas oportunidades únicas para enseñar. Por ejemplo, no existe periodo alguno durante el año escolar en el que el maestro tenga la atención completa de su clase más que cuando se analiza la muerte, enfermedad o lesión de un estudiante. Para el maestro, al poner énfasis en el importante aprendizaje que tiene lugar durante una crisis, con implicaciones dramáticas para el futuro crecimiento y desarrollo para los estudiantes, la intervención en crisis se vuelve no una obligación o responsabilidad extra, sino más bien un importante aspecto de la planeación

amp de los programas de estudio. El reto del entrenamiento entonces se convierte en el de preparar a todos los empleados escolares para su contribución a facilitar la resolución de la crisis a cada niño o grupo de niños en cuanto surja la necesidad de ello. Basados en este enlace teórico entre la tema de la crisis y la misión global de las escuelas, podemos ofrecer pautas para utilizar el modelo de intervención en crisis (capítulos 5, 6 y 8) en los ambientes escolares. Comenzaremos con los temas relativos a los sistemas, un análisis que se propuso principalmente para los programadores y administradores de las escuelas. Esto será continuado por sugerencias para el entrenamiento, que de manera primordial se propuso para los maestros y orientadores que trabajan en ambientes escolares.

Planeación de los sistemas de suministro de servicios

Los principales elementos de cualquier sistema de suministro de servicios, lo mismo si es una escuela, una clínica de salud mental, una línea telefónica de urgencia u otros servicios humanitarios, son:

El plan escrito acerca de qué hacer cuando ocurra una crisis: los recursos materiales para llevar a la práctica el plan, y el personal entrenado para llevar a cabo el servicio.

El objetivo en la planeación para la adecuada intervención en crisis en las escuelas, por supuesto, es orientar el plan escolar, los recursos materiales y el personal de manera que los objetivos de los primeros auxilios psicológicos (PAP) y la terapia para crisis puedan lograrse. (Véase el capítulo 5 en relación con: la distinción entre estos dos aspectos de la intervención en crisis.)

Política administrativa

Es importante para los administradores incluir los servicios de crisis en el perfil del trabajo de los maestros, el personal de orientación (Ideas asesoría, psicólogos escolares, trabajadores sociales) y personal administrativo (que incluye a las secretarías y personal de oficina, lo mismo que a los directores, directores administrativos y otros que pertenecen a la alta administración de la escuela). Necesita acordarse de antemano que, cuando ocurra una crisis, la política de la escuela será poner a un lado temporalmente el plan de estudios habitual de la escuela, con el fin de dar la atención necesaria a la supervivencia y los objetivos de aprendizaje asociados con la crisis, lo mismo si esto implica discusiones en clase, reuniones grupales o consultas individuales. Esto no es para nulificar el valor de las obligaciones rutinarias de "no abandonar", como son el trabajo cotidiano en clase, las actividades posteriores al horario de clases, los deportes y otras semejantes, durante una crisis. El objetivo es asumir un equilibrio en el que el asunto, como de costumbre, se ajuste por sí mismo a las oportunidades de aprendizaje de la crisis. Alguno de los empleados estarán más involucrados que otros. Los trabajadores sociales y los consejeros de orientación, por ejemplo, podrían tener como parte de su perfil de trabajo las visitas a los hogares, lo que permitirá la terapia breve para crisis con los estudiantes y las familias. De los maestros, por otra parte, podría esperarse que se reúnan con algunos estudiantes, sobre una base de uno por uno después de las clases, o que hagan a un lado una lección del día,

de manera que pueda sostenerse una discusión en clase acerca de, por ejemplo, la muerte de un miembro de la misma, la respuesta de la clase ante ésta (por ejemplo, acudir al funeral, preparar una conmemoración) y otras cuestiones semejantes. En todos los casos se necesita que haya apoyo administrativo tanto para los PAP y la terapia para crisis como para las partes aprobadas del perfil de trabajo de distintos miembros del personal escolar.

Un asunto importante que se desenvuelve a través de todas las presentaciones de casos sintetizadas antes en este capítulo es que los maestros, los orientadores de tiempo completo y los administradores necesitan trabajar de manera cercana con los padres de familia y otros trabajadores comunitarios (como policías; abogados), si es que se busca que eleve máximo su efectividad para ayudar a los niños a transitar las crisis. Para las crisis circunstanciales como la muerte inesperada, los padres de familia necesitan los mismos servicios para crisis que los compañeros de clase del alumno que murió. Para muchas crisis circunstanciales que impactan a un grupo grande de niños al mismo tiempo, el objetivo de la intervención debería ser no sólo los niños, sino también otros miembros de la familia.

En un ánimo similar, la efectividad de los servicios de crisis que ofrecen las escuelas depende en gran medida de la coordinación con otros recursos comunitarios (policía, servicios sociales, tribunales, iglesias) que tengan contacto con los niños. Con mucha frecuencia los representantes de la escuela, lo mismo si es el psicólogo escolar, el trabajador social, el consejero de orientación o el maestro, pueden funcionar como punto focal para clarificar la comunicación y para planear los pasos de acción en las escuelas de un incidente crítico. Las escuelas pueden hacer gestiones con otros centros de salud mental, por ejemplo, para que éstos proporcionen consulta acerca de crisis que afectan a un gran número de estudiantes. En crisis como éstas, las reuniones que incluyan a padres de familia, personal de la escuela, trabajadores de servicio social, policías y otros semejantes, deberían ser la regla antes que la excepción.

Recursos materiales

La mayoría de las escuelas ya están equipadas con los apoyos materiales o ambientales necesarios para el suministro de servicio para crisis. Para los PAP, esto significa que maestros y orientadores necesitan el espacio físico (puede ser para hablar individualmente con un estudiante cuando esto se necesite. El contacto telefónico entre un maestro y la familia también puede necesitarse para verificar el progreso de una familia al manejar una crisis vital. Las escuelas podrían ayudar también a los maestros a mantener la línea de contacto provechoso recomendado por Bryant (1978), al proporcionarles autorización para trasladarse para realizar visitas a los hogares. En general, sin embargo, en virtud de la compatibilidad de distintas estrategias educativas con la intervención en crisis, la mayoría de los sistemas escolares ya están provistos con los recursos materiales necesarios para proporcionar los servicios para crisis.

Personal entrenado

El elemento final de los sistemas para los servicios de crisis es la red de empleados escolares disponibles para trabajar con los estudiantes. Varios grupos de individuos necesitarán saber cómo proponer los primeros auxilios psicológicos, la terapia para crisis o ambos, de manera compatible con otros aspectos de sus respectivos deberes. Puesto que uno de los contenidos

fundamentales de calificación para el otorgamiento de los primeros auxilios psicológicos es la accesibilidad a los individuos en crisis, este entrenamiento debería incluirse en casi todos los empleos escolares. El objetivo es que cualquiera que pudiera tener contacto con un estudiante en crisis sea capaz de utilizar los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos para proporcionarle apoyo, reducir el riesgo de mortalidad y enlazar a la persona con algún otro recurso de ayuda.

Además de los PAP, el personal de la escuela debería estar entrenado en el uso de las cuatro tareas para la resolución de la crisis, como una guía para el contacto continuo con los alumnos en crisis, y para evaluar el progreso al paso del tiempo. El personal de orientación de la escuela, lo mismo si son psicólogos, consejeros de orientación, trabajadores sociales u otros, pueden ofrecer la terapia para crisis como una parte ordinaria de su actividad de orientación. El enfoque multimodal presentado en los capítulos 8 y 9 puede hacerse parte del plan de estudios para graduados en estas profesiones, lo mismo que en los talleres de educación continua para los profesionales que ya trabajan en los sistemas escolares. El enfoque para un orientador es tener contacto con el niño y su familia; encauzando la actividad de orientación a ayudar al paciente en crisis a superar las cuatro tareas de resolución de la crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales interpersonales. Los orientadores escolares tienen la ventaja (compartida por otros de los que atienden las necesidades de la comunidad) de tener contacto con muchos elementos del ambiente de la crisis del paciente (el niño) en crisis, como son el salón de clases, las actividades posteriores al botar los de clases, los deportes y la familia correspondiente. Esto significa que los orientadores pueden planear intervenciones que utilicen estas redes sociales para ayudar al niño a lograr estas cuatro tareas.

Evaluación de los servicios para crisis

La estructura para la planeación de los servicios para crisis; en las escuelas también proporciona una estructura para la evaluación. El tema central es los Colaboradores del Sistema que se identificaron anteriormente (el plan, los recursos y el personal entrenado) están en su lugar y si trabajan, es decir, si logran el resultado deseado. Se maneja específica, la evaluación del programa se orienta en torno de las siguientes preguntas:

1. ¿La provisión de los servicios para crisis es parte de la política escolar?
¿Las actividades específicas están escritas en el plan de trabajo de los maestros; aditivamente, orientadores, personal de apoyo?
2. ¿Los recursos (físicos y de transporte) están disponibles en el momento de los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis para los estudiantes cuando se necesitan?
3. ¿El personal escolar (por el lado) está entrenado en las técnicas de los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis?

La evaluación del programa orientada en torno de las preguntas cómo éstas puede fijar con precisión las deficiencias en un sistema de entrenamiento, con lo que

de esta manera hace posible que se proporcione entrenamiento donde más se necesite.

Otra fase de la evaluación tiene que ver con si los servicios que se proporcionan son efectivos o no en la ayuda a los estudiantes para transitar las crisis vitales. La utilización del modelo de investigación que se propone en el capítulo 21 hace posible que se lleven a la práctica estudios para determinar qué tanto el enfrentamiento inmediato (un objetivo de los PAP) y la resolución de la crisis (objetivo de la terapia para crisis) son funciones de un programa escolar de intervención. Por ejemplo, las cuatro tareas para la resolución de la crisis: Supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales son una versión sistemática de los informes de casos clínicos presentados por Bryant (1978), Danto (1978) y Keith y Ellis (1978), por nombrar algunos. Es posible, por ejemplo, utilizar la estructura de la terapia para crisis para investigar el impacto de no hacer caso, por oposición a manejar directamente la muerte de un compañero de clase (Keith y Ellis, 1978). El modelo de intervención en crisis que se describió en los capítulos 5 a 7 proporciona una estructura para la recopilación de datos en las escuelas acerca de las variables del proceso (discusión en clase orientada en torno de las cuatro tareas de la resolución de la crisis), así como acerca de las variables de resultado (el aprendizaje de los estudiantes después de una experiencia de crisis y la disposición para continuar la marcha sobre otros aspectos de la vida). (Véase el capítulo 21 para un análisis más amplio de las posibilidades de investigación al utilizar estas variables.)

Entrenamiento de maestros y orientadores

La descripción de los procedimientos de los PAP y la terapia para crisis en la Segunda Parte de este libro pueden utilizarse como modelo para el entrenamiento del personal de las escuelas en la intervención en crisis. El resto de este capítulo se destinará a las sugerencias para la aplicación de los modelos de los PAP y de la terapia para crisis en los ambientes escolares. El propósito de este análisis es complementar la descripción del proceso de intervención de los capítulos 6 y 8. Aunque los comitantes que siguen identifican a los maestros en el papel principal de ayuda, los principios se aplican a cualquiera que proporcione los PAP o la terapia para crisis en entornos escolares.

Apéndice 17-t

PRÓTOTIPO DE ENTRENAMIENTO

Véase el capítulo de entrenamiento (19 y 20) para un programa de orientación que puede utilizarse a los cursos de orientación para graduados y pregraduados. Lo mismo que a los profesores de educación continua para psicólogos escolares, orientadores, maestros y administradores.

Primeros auxilios psicológicos

Es importante poner énfasis en que los objetivos de los primeros auxilios psicológicos son limitados. La expectativa no es que los maestros se hagan cargo de la responsabilidad agregada de los orientadores, sino, más que eso, al hablar con un niño en el patio de la escuela, en el salón después de clases o por teléfono los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos pueden **util** como un mapa cognoscitivo, una guía para ayudar a los estudiantes a dar pasos hacia el enfrentamiento de una situación de crisis. Además de los procedimientos presentados en el capítulo 6, las siguientes fases se aplican a los PAP en los ambientes escolares.

Contacto psicológico

El objetivo fundamental del contacto psicológico con los niños es contrarrestar el sentimiento de soledad y temor que éstos experimentan con frecuencia durante una crisis. Muchos libros que se refieren a los niños tratan de manera directa con los comportamientos de los adultos que encajan en este primer componente de los primeros auxilios psicológicos (Ginott, 1965; Gordon, 1970). Esto implica escuchar de manera atenta cómo el niño describe la situación, imaginándose uno mismo "en sus zapatos", poner particular atención a cómo se siente el niño en ese momento (perturbado, airado, temeroso) y entonces encontrar alguna manera de hacerle notar la apreciación/comprensión por parte de uno con respecto a la situación.

La novedad, extrañeza, falta de familiaridad con respecto a la experiencia de crisis se aplicará en especial a los niños de corta edad. Un niño que está extremadamente triste, airado, ansioso o aterrizado puede creer que es el único que se siente de esa manera, y, ante la ausencia de retroalimentación por parte de otra persona confiable, llega a creer que algo está "mal" en la reacción emocional. Un maestro sensible puede ser especialmente benéfico para el pequeño al escuchar su relato y reconocer (y, de esta manera, legitimar) los sentimientos presentes.

Dimensiones del problema

Más allá de los parámetros de este componente, que se listan en el cuadro 6-1, los maestros deberán poner especial atención a los posibles conflictos del desarrollo que desencadena cualquier incidente de crisis. Como parte del aprendizaje de los principios de los primeros auxilios psicológicos, los maestros deberían familiarizarse con las principales etapas del desarrollo, listadas en el cuadro 3-1, y particularmente con las tareas para el desarrollo y los posibles incidentes de crisis que se relacionan con cada una. En tanto que el maestro puede no abordar de manera directa estos temas con el niño durante una plática de PAP, en muchos casos, los mismos esclarecerán la dinámica de la crisis particular, y conducirán a una sólida canalización para una ayuda más amplia, más tarde.

Como se analizó en el capítulo 3, un incidente crítico puede representar una pérdida, una amenaza o un desafío para un niño en crisis. El asistente debería preguntar: "¿Cuáles de éstos (incidentes) podrían aplicarse a este niño en particular?" Danish y D'Augelli (1980) sugieren que algunas transiciones para el desarrollo se tornan en crisis por la carencia del niño en cuanto a información, aptitudes o disposición para tomar riesgos al desplazarse de una

etapa del desarrollo a otra. El maestro podría preguntarse a sí mismo: "¿Cuáles de estas carencias podrían estar presentes en este niño, y cómo podrían corregirse las mismas!"

Las pautas para manejar las amenazas de suicidio y homicidio, resumidas en el capítulo 6, se aplican a los ambientes escolares, con un agregado. Los maestros con frecuencia tienen acceso directo a la ideación suicida de un estudiante mediante papeles escritos, poemas y aun en las discusiones en el salón de clases. Sin sobreinterpretar estas señales verbales como señales o planes destructivos, un maestro alerta advertirá los flagrantes temas suicidas/homicidas y buscará una oportunidad para lo mismo hablar con el estudiante que para conseguir que alguna otra persona confiable (el consejero de orientación o un entrenador) lo haga así. La indagación en sí misma seguirá los pasos que se sugirieron en el capítulo 6 (intenciones, plan, intenciones previas y uso de ayuda externa).

Posibles soluciones y acción concreta

La máxima de que los pacientes deberían participar tanto como puedan en la generación de sus propias soluciones a los problemas se aplica con los niños y los adultos. El sentido de dominio sobre la crisis por parte de un niño se incrementa en la misma medida en que él mismo genera alternativas, sopesa los pros y contras de cada una y, entonces (con la ayuda de otra persona que esté al pendiente), extrae un "pasoproximo mejor". Es un error por parte de un asistente al permitirle hacerse cargo de la situación demasiado rápido, privando de esa manera al niño de una oportunidad de arreglárselas a través de los sentimientos, pensamientos y comportamientos, y de elegir un curso de acción que sea aceptable para el mismo niño. La mejor pauta de acción es dirigirse hacia la asistencia al niño para que haga por sí mismo tanto como le sea posible, incluso si las opciones son tan limitadas como escoger quién, por ejemplo, debería hacer una llamada telefónica, entregar un mensaje o llevar a la práctica algún paso de acción.

La estructura de decisión para la acción durante los PAP, la cual se apoya en una evaluación de la mortalidad y en si la persona puede actuar en su propio beneficio, puede ser especialmente útil para un maestro al decidir qué tan lejos llegar en cuanto a involucrar a otras personas en el proceso de ayuda. (Véase el cuadro 6-1) En muchos casos, la postura de acción del maestro será fundamentalmente facilitadora, al manejar de manera principal el escuchar activamente y tal vez aconsejar acerca de qué debería hacer el estudiante en lo subsecuente. En otros casos, sin embargo, el maestro adoptará una actitud directiva y remitirá al estudiante a un consejero de orientación, un trabajador social escolar, un psicólogo escolar o alguien fuera del sistema de la escuela, tal como un ministro/rabino/sacerdote o médico. Una ventaja para los PAP en las escuelas es que el maestro puede obtener ayuda de muchos otros colegas, cada uno de los cuales, de manera usual, ha tenido algún tipo de contacto con el estudiante en crisis. Los programas de entrenamiento de PAP dentro de las escuelas deberían poner énfasis en el uso de estos enlaces al poner en práctica los pasos directivos de acción que se describieron en el capítulo 6.

Seguimiento

El último componente de los PAP es usualmente más fácil de cumplir en los ambientes escolares, puesto que los maestros ven a sus estudiantes diariamente.

Esto coloca a aquéllos en una posición como para indagar brevemente cómo van las cosas, en particular con respecto a si se han dado los pasos de acción acordados. Cuando el estudiante está ausente después de una plática de PAP entre el maestro y estudiante, una llamada telefónica o, posiblemente, una visita domiciliaria pueden alcanzar los objetivos del seguimiento. En todos los casos, al sólo indicar que el maestro quiere volver a revisar al niño después de un intervalo de tiempo acordado, aquél comunica preocupación e interés con respecto al estudiante.

Terapia para crisis en las escuelas

Con una importante excepción, la terapia para crisis que se proporciona en los ambientes escolares no es diferente de aquellas que otorgan otros orientadores/terapeutas en los ambientes clínicos y hospitalarios. De modo concordante, las pautas para evaluación y tratamiento que se describen en los capítulos 8 y 9 pueden utilizarse por parte de los psicólogos escolares, trabajadores sociales, consejeros de orientación, enfermeras psiquiátricas y otros, que cumplen una función directa de orientación/psicoterapia con los niños y, en muchos casos, con las familias de éstos.

Los profesionales que trabajan en ambientes escolares, sin embargo, tienen una ventaja singular en la terapia para crisis que no está disponible de manera expedita en sus contrapartes en las clínicas comunitarias. En virtud de su contacto cotidiano con los maestros de un niño, aquéllos tienen acceso a una gran cantidad de información acerca de cómo se está enfrentando éste a una crisis, y, según la calidad de la relación colegial, los orientadores y maestros pueden proyectar actividades en el salón de clases para influir en que un niño trabaje la crisis.

Nuestro análisis de la terapia para crisis en el capítulo 8 identifica los comportamientos del asistente y el paciente para cada una de las cuatro tareas para la resolución de la crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales interpersonales (Véase el resumen en el cuadro 8-3). Cuando se aplican a las crisis en las escuelas, es importante que todas las "actividades del asistente" incluyan los recursos tanto de los orientadores profesionales como de los maestros de salón de clases y sus asistentes. Como IG ilustra la bibliografía revisada anteriormente en este capítulo, un análisis del maestro en el salón de clases después de la muerte o enfermedad de un estudiante, por ejemplo, puede tener un impacto poderoso sobre el subsiguiente dominio cognoscitivo sobre la crisis del estudiante. Nuestra visión es que el entrenamiento sobre la práctica y los cursos universitarios para maestros, deberían incluir la exposición de las cuatro tareas para la resolución de crisis y el papel de distintas actividades en el salón de clases. Como M. A. de Córno gestiona el niño a una de estas tareas. Cuando se utiliza de esta manera, el modelo de la terapia para crisis proporciona un conjunto dividido de conceptos y lenguaje tanto para los profesionales de la salud mental como para sus colaboradores maestros en las escuelas. Lo que sigue son algunas sugerencias acerca de cómo los maestros y los orientadores pueden trabajar juntos para ayudar a los niños en crisis a través de las cuatro tareas de la resolución de la crisis. De modo esperanzado, esto servirá como un estímulo para la discusión durante las sesiones de entrenamiento con el personal escolar, acerca de cómo proyectar planes de tratamiento para los estudiantes en lo individual.

Apartado 17-Z

ADOLESCENTES LLEVAN A CABO UN PACTO SUICIDA

MERCER ISLAND Washington. (UPI). En el horario del almuerzo después de clases, Jason, de 16 años, y Dawn, de 15, llevarían a sus amigos a largas pláticas acerca del suicidio y la reencarnación. Ninguno de éstos sabía cuán serio hablaban aquéllos.

Ninguno sabía, es decir, hasta las primeras horas del lunes, cuando Jason y Dawn robaron un automóvil Chevrolet Camaro 1972, corrieron estruendosamente a la máxima velocidad a través del estacionamiento de North Mercer Junior High y se estrellaron contra el muro de concreto del gimnasio de la escuela.

Jason, que iba tras el volante, murió de manera instantánea. Dawn, quien aparentemente tuvo un cambio de opinión y se hundió bajo el estribo de instrumentos en el último segundo, fue hospitalizada en esta grave.

El doctor en la oficina del Elmirador Médico dijo que una evidencia suficiente de la causa de que esa muerte fue el suicidio.

La tragedia impactó a los adolescentes de los alrededores, y en particular a los amigos cercanos de la pareja, quienes dijeron que habían discutido de manera bromista detalles de planes de suicidio con Jason y Dawn, muchas veces.

"Era un juego. Era sólo un gran juego", dijo una amiga de ellos, de 15 años de edad, mientras movía su cabeza y alborotaba de las lágrimas.

"Ellos llevaron muy lejos la idea", dijo otro amigo, de 16 años de edad.

Sheryl, una rubia estudiante de la escuela secundaria, con frenos en sus dientes, dijo que ella, Jason, Dawn y otros dos adolescentes comenzaron a hablar acerca de la reencarnación meses atrás, después de que Dawn leyó el libro *Ilusiones*, de Richard Bach.

"Esperamos lograr que Richard Bach sólo hable con Dawn cuando ella salga de esto", dijo Sheryl.

En una entrevista dada por el grupo, manifestó Sheryl, a Jason y Dawn les correspondía robar un autodeportivo rojo italiano. Ellos morirían en un choque apasionado contra su escuela secundaria, y se trasladarían a un plano más alto de existencia".

Un año después de esa fecha, Sheryl y otro adolescente seguirían la vida de la misma manera, salvo que fue en un auto deportivo verde.

En lugar de un Ferrari o un Maserati de color rojo, Jason y Dawn tomaron un auto que pertenecía a la hermana de Dawn, Oiane. Ambos chocaron contra la escuela poco después de las cinco de la mañana.

Tomado de "Teenagers carry out suicide pact", en *The Columbia Record*, 14 de mayo de 1980, United Press International. Reproducido con autorización.

Supervivencia física

En virtud de su contacto cotidiano con los estudiantes, los maestros en el salón de clases están en una excelente posición para evaluar si un niño necesita serw su salud física durante una crisis. Una breve conversación después de clases puede determinar si los trastornos en la alimentación; el sueño y el ejercicio contribuyen a la fatiga corporal en la clase. La consulta con una enfermera

escolar o con un maestro de educación para la salud puede conducir a sugerencias para el niño acerca de cómo manejar las cuestiones somáticas durante una crisis. Las ideas creativas pueden surgir acerca de cómo los compañeros de un niño y otros miembros del personal de la escuela pueden alentar comportamientos positivos de ejercicio y alimentación durante una crisis, tales como alentar demodo asertivo a un niño aislado ajugar al aire libre después de la escuela, en lugar de que continuamente se relraiga en su recámara para ver la televisión.

Expresión de sentimientos

Una revisión del análisis de esta tarea en el capítulo 8 genera numerosas ideas por parte de los maestros acerca de cómo las actividades en el salón de clases pueden facilitar la identificación y expresión de sentimientos durante una crisis. La riqueza del ambiente escolar está en que la lectura, el trabajo artístico, la música y los deportes, todos, tienen el potencial para hacer que surjan sentimientos de tristeza, miedo, ansiedad, ira, **cul** y otros semejantes, que pueden hallarse justo debajo de la superficie durante un periodo de crisis. Después de unas breves conversaciones con un niño, o como resultado de la información proporcionada por otros que conocen la situación de un niño, el maestro puede alentar actividades que pueden facilitar el alivio de estos sentimientos. La consulta entre maestros y orientadores escolares puede conducir a esfuerzos coordinados y al uso creativo de numerosas vías disponibles en los ambientes escolares, como un accesorio para las sesiones de orientación con uno de los orientadores escolares. Como se destacó en el capítulo 8, el objetivo no es forzar la expresión de los sentimientos, sino, más bien, hallar vías apropiadas para instruir al niño acerca de cómo identificar y expresar los sentimientos a su propia manera

Dominio cognoscitivo

La tercera tarea para la resolución de la crisis incluye actividades que ya le son familiares a la mayoría de los maestros de escuela, y representa otra área en la que las actividades del salón de clases pueden tener un impacto poderoso sobre el resultado final de la crisis. Como se analizó en el capítulo 8, el objetivo al trabajar con niños es identificar su interpretación de los acontecimientos (al escuchar de manera atenta cómo describen lo que pasó, las dificultades actuales y sus pensamientos acerca del futuro), juzgar la precisión de sus percepciones, y ayudarlos (cuando sea necesario) a subsanar carencias cognoscitivas al proporcionarles información y/o interpretaciones alternativas para los incidentes de crisis y sus implicaciones para el futuro. En algunos casos, el maestro puede simplemente proporcionar información por medio de una discusión en clase, y otros, él mismo ayudará al niño en el hallazgo de respuestas mediante lecturas o la discusión con otros individuos informados, como los ministros, los médicos y los orientadores. El objetivo de los maestros y orientadores que consulten con ellos acerca de un niño (o de un grupo completo) será identificar, desde el principio, oportunidades para el aprendizaje que son inherentes a la crisis particular de que se trate. Las preguntas clave son: ¿Qué necesita saber el niño para que a la larga, domine y crezca a través de esta experiencia? ¿Qué podemos hacer nosotros con la utilización de los recursos del salón de clases y también de las sesiones de orientación, para facilitar este aprendizaje?

Adaptaciones conductuales/Interpersonales

El primer paso en la planeación para esta tarea de la resolución de la crisis es, por parte de maestros y orientadores, compartir su conocimiento acerca del niño y la crisis específica, con el fin de identificar exigencias conductuales e interpersonales inminentes que pueden hacerse sobre el niño. Los parámetros de las transiciones previsibles para el desarrollo (en el capítulo 3) y las crisis circunstanciales importantes (capítulo 4) pueden ser útiles para identificar tareas específicas como acudir a un funeral en lo subsiguiente a la muerte de un compañero de clase, el hablar con un oficial de policía luego de un crimen en una escuela, y así sucesivamente. Como con las otras tareas, los maestros y sus compañeros consejeros pueden entonces echar mano de una gama completa de actividades escolares para ayudar a un niño a lograr las adaptaciones conductuales e interpersonales específicas que se requieren para una crisis. Estas actividades pueden ser tan variadas como las de un alumno de sexto grado que gestiona una conmemoración del compañero de clase fallecido, un alumno de segundo de secundaria que escribe un documento de investigación acerca de las tensiones relacionadas con mudarse de una ciudad a otra, o un alumno de último grado de educación media superior que visita la biblioteca, como un paso para la realización de planes para su carrera.

RESUMEN

Puede existir una pequeña duda acerca de que las escuelas sean una poderosa fuerza de sociabilización en el desarrollo humano. El hecho de que los niños pasen muchísimo tiempo de sus horas de vigilia en la escuela coloca a los maestros, administradores escolares, orientadores y personal escolar de apoyo en un papel determinante en la ayuda a los niños para superar las principales transiciones de la vida. Cuando crisis circunstanciales como el divorcio, la muerte, la enfermedad repentina, el crimen u otros hechos de violencia ocurren, las reacciones individuales de los niños son evidentes de manera inmediata para los maestros. Los estimulantes análisis de casos como los que resumieron en este capítulo proporcionan un reto para los administradores escolares en cuanto a desarrollar los servicios para crisis.

Aun cuando la bibliografía incide fuertemente en los informes sobre las crisis circunstanciales en las escuelas, deberá hacerse notar que la mitad de las crisis presentadas en este libro -aquellas relacionadas con el desarrollo- son la carga principal de los sistemas escolares, desde preescolar y jardín de niños hasta la educación media superior. El reto del futuro será, para el entrenamiento y la investigación, analizar las aplicaciones de la intervención completa en crisis (lo que incluye los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis) tanto para las crisis circunstanciales como para las del desarrollo, dentro de los ambientes escolares. Nuestra esperanza es que las ideas que se presentan aquí estimulen los esfuerzos de colaboración entre los profesionales de la salud mental, maestros y administradores, encaminados a la máxima utilización de los recursos escolares para facilitar la resolución adaptativa de las crisis en los niños. •

Intervención en crisis en el trabajo/en la oficina

Jonathan Simons
Karl A. Slaikeu

El trabajador entra en su oficina, el gerente nota que algo anda muy mal. El trabajador está visiblemente ansioso, con los ojos recorriendo continuamente la oficina de un lado al otro. El gerente se está sudando y él se saca la frecuencia contra su pantalón. El gerente está un poco espantado por el comportamiento del trabajador, pero pregunta cómo puede ayudar. El trabajador comienza a hablar, pero tiene problemas para darle sentido a sus palabras, comenzando con pedazos y partes de la narración, y actuando como si pudiera prorrumpir en llanto en cualquier momento. Entonces, el trabajador, de manera abrupta, dice al jefe que la tarde anterior su casa se quemó por completo, lo que le quitó su hermano y dejó a la familia desamparada. El gerente no sabe qué hacer. Él está preocupado por el trabajador, no sabe cómo comenzar a ayudarlo. El gerente no sabe si debería concentrarse en calmar el estado emocional del trabajador, el cual parece estar casi psicótico, o si debería concentrarse en los problemas prácticos de albergar y atender a la familia. En ambos casos, el gerente se siente incapaz, puesto que no sabe nada acerca de psicoterapia o, siquiera, de recursos comunitarios. El gerente le ofrece ayuda financiera y sugiere ponerse en contacto con una iglesia Inca. El trabajador le agradece y se va, pero el gerente siente que en realidad no le ha ayudado mucho. Se pregunta si el trabajador perturbado realmente escuchó su consejo. ¿Cumplirá el trabajador con las sugerencias que se le hicieron? ¿Tendrá algún sentimiento de alivio como resultado de la reunión con el gerente? Estas preguntas permanecen sin respuesta para el gerente, y le dejan sentimientos de frustración, culpa y orgullo, al haber tenido que asumir un papel para el que no estaba preparado.

Este relato verdadero, narrado a los autores por el gerente de una pequeña fábrica, pone de relieve la premisa central de este capítulo: los gerentes y supervisores se confrontarán con las crisis de sus trabajadores, y son un importante recurso para ayudar a los empleados a enfrentarse con estas crisis. El entrenamiento en intervención en crisis podría haber dado enfoque a los comentarios de este gerente, y aumentar la probabilidad de asegurar la asistencia necesaria para el empleado. En este capítulo, proporcionaremos una exposición razonada teórica y práctica para el desarrollo de estrategias de intervención en crisis en el lugar de trabajo. Propondremos entrenamientos tanto para los ambientes de cuello blanco como para los de cuello azul¹, puesto que las crisis vitales que se analizan en este libro pasan a través de todas las clases socioeconómicas. Comenzaremos por analizar al "trabajo" en general, sus exigencias y recompensas, y los aspectos psicológicos y sociales de los ambientes laborales, que alcanzan a casi todos en la mayor parte de sus vidas adultas. Entonces nos desplazaremos hacia una revisión de la bibliografía más importante acerca de la intervención en crisis en los lugares de trabajo, y concluiremos con un resumen de las sugerencias para el entrenamiento y la investigación.

AMBIENTES LABORALES

El trabajo desempeña un papel importante en la vida de casi todos, como lo evidencia el hecho de que la mayoría de las personas pasan más tiempo en el trabajo durante sus horas de vigilia que en cualquier otro lugar. El trabajo puede concebirse como un modo de vida y, para la mayoría de la gente, como un reflejo de la identidad personal. "¿A qué te dedicas?" o "¿Dónde trabajas?" son preguntas frecuentes después del intercambio de nombres cuando dos personas se presentan por primera vez. Cuando el trabajo es satisfactorio refuerza los sentimientos de autovalía y finalidad en la vida. Por otra parte, las insatisfactorias condiciones de trabajo y las fluctuaciones en el ingreso pueden ser una fuente de insatisfacción, frustración y preocupación.

En tanto que cada ambiente laboral es peculiar, existen puntos en común que nos ayudan a comprender cómo experimentará un trabajador un empleo, lo mismo si es en el trabajo policia, en el de construcción, la enseñanza, la administración o cualquier otro rubro. Neff (1977) propone que entendamos cada ambiente laboral como una subcultura cuyos valores, normas y expectativas pueden describirse a través de cinco dimensiones.

La primera dimensión, el ambiente físico, se refiere al hecho de que el trabajo tiene lugar en un ambiente especial, apartado de nuestros hogares. A diferencia de nuestros lugares de residencia, donde podemos, más o menos, crear una atmósfera cómoda según nuestro gusto personal, el lugar de trabajo con frecuencia requiere que las personas se adapten a exigencias externas, que

muchas veces comienzan con el requerimiento de que los trabajadores se trasladen grandes distancias en automóviles, autobuses repletos y trenes metropolitanos para llegar hasta allá. El proceso de ir a trabajar puede implicar experiencias placenteras o displacenteras. Para el trabajador menos afortunado, ir al trabajo está lleno de tensiones y contribuye al nivel total de tensión que posee él mismo. Una vez que está en el trabajo, el trabajador tiene que adaptarse todavía más. Para muchos, el lugar de trabajo proporciona comodidad, como en las oficinas lujosas, o las tiendas y edificios bien planeados. Otros están expuestos a maquinaria peligrosa, contaminantes ambientales e incomodidades en la variedad de iluminación deficiente, extremos de temperatura, y otros semejantes.

La segunda dimensión de la subcultura del trabajo según Neff abarca a la privacidad. La mayoría de los trabajos requiere más exposición a la vista de otros que la que se espera en casa. Por ejemplo, se prevé que el empleador tenga el derecho de saber qué es lo que están haciendo los trabajadores con su tiempo, lo cual significa que el comportamiento de un trabajador es con frecuencia inspeccionado y evaluado más que en otros ambientes. Las reglas, ordenamientos y expectativas influyen sobre los atuendos, el lenguaje, el hábito de fumar, el de comer, el de beber, etcétera. En suma, el trabajo es con frecuencia un lugar en el que deben estar temporalmente suspendidos el propio estilo de vida, sus hábitos y su privacidad.

El trabajo también puede ser impersonal, lo cual es la tercera dimensión de Neff. En muchos ambientes laborales, la preocupación fundamental de la dirección es la productividad, la eficiencia y la responsabilidad. Los trabajadores pueden con frecuencia sentirse como una "pieza en el engranaje", en especial cuando el trabajo es repetitivo, aburrido y parece no estar relacionado con el producto final. Los efectos impersonales del trabajo varían enormemente entre diferentes tipos de empleos, pero muchos trabajadores experimentan algún sentimiento de despersonalización.

Casi todos los empleados tienen lo mismo un jefe que un supervisor, o es uno mismo, lo cual lleva a la cuarta dimensión de los sistemas de trabajo según Neff, las relaciones de autoridad. Los trabajadores tienen que aprender cómo manejar el que se les diga lo que tienen que hacer, y el decir a otros, también, lo que tienen que hacer. Un trabajador en una posición de autoridad tiene responsabilidades que con frecuencia son mayores que aquellas que se encuentran en el hogar y la familia. Por otra parte, una persona que ejerce una gran cantidad de autoridad en el hogar, puede estar en un puesto subordinado en el trabajo. El tratar con la autoridad con frecuencia coloca a las personas en conflicto entre sus necesidades de ser asertivos y expresivos, y su deseo de conservar sus empleos. También existen exigencias conflictivas de autonomía y dependencia. Esto es, se espera que uno sea capaz de funcionar sin la constante ayuda y atención de un supervisor, pero que también se consulte con ese supervisor antes de comenzar con algo nuevo o de intentar un planteamiento diferente.

La última dimensión de los ambientes laborales implica las relaciones entre compañeros. Los nuevos trabajadores deben adaptarse a las normas del grupo de trabajo existente, lo cual incluye desempeñarse de manera adecuada, de modo que no se lleve descrédito al grupo de trabajo, así como tener también un rendimiento limitado, de manera que se impida que el resto del grupo parezca como inferior. Según la proximidad física y la naturaleza de los perfiles

¹El autl^o alude aquí a dos expresiones que han caído casi en desuso en el español común, según las cuales el "cuello azul" corresponde a los obreros o trabajadores de áreas de producción y el "cuello blanco" a los trabajadores de oficina o, en ese sentido, "improductivos".

de trabajo, las relaciones entre colaboradores pueden ser estrechas y positivas (o que incluye posibles aventuras sexuales) o plenos de conflicto. La calidad de estas relaciones puede tener un poderoso impacto inmediato en la productividad, así como sobre la satisfacción total por parte del empleador.

McLean (1967) ha hecho notar que el rendimiento en el trabajo es una función de una interacción entre variables de la personalidad y variables ambientales, como aquellas que describió Neff. Así como los límites de la autoridad varían de un empleo a otro, así también existen diferencias claras entre las capacidades de los trabajadores para manejar de manera responsable con sus superiores, sus iguales y sus subordinados. Como veremos a partir de la bibliografía, cómo un empleado resuelve una crisis vital está íntimamente relacionado con una o más de las cinco dimensiones de la subcultura laboral.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

La relación entre el trabajo y la intervención en crisis tiene dos partes. La primera es que el trabajo puede precipitar una crisis vital. Esto puede acontecer mediante un accidente de trabajo, por medio de una acumulación de presiones laborales hasta que alcanzan un punto límite, o a través de un revés dramático (como el ser descartado para un ascenso o ser despedido). Una segunda conexión entre el mundo laboral y la intervención en crisis yace en las oportunidades únicas inherentes a los ambientes laborales para ayudar a los trabajadores en crisis. Levy (1973) propone que los sistemas en los que los acontecimientos ocurren de manera natural, pueden ser de mayor provecho para los individuos afligidos que los sistemas formales, como las Clínicas psicológicas. La ayuda que sobreviene "de manera natural" en el trabajo se proporciona usualmente más pronto dentro de la crisis y también sirve para preservar el sentido de competencia del individuo, lo mismo que de dominio, puesto que el trabajador se percibe a sí mismo como capaz de funcionar y llevar a práctica sus obligaciones previstas, a pesar de la crisis.

El trabajo como causa de crisis

Numerosos estudios han analizado los peligros psicológicos asociados con el empleo y con trabajos en específico (Martindale, 1977; McLean, 1967; Rose y otros, 1978). La escala de tensión por acontecimientos de la vida, de Holmes y Rahe (1967), identifica un número significativo de asuntos relacionados con el trabajo, como son el ascenso, la jubilación, la pérdida del empleo y la transferencia, como fuentes de tensión (capítulo 2). La mayoría de la bibliografía en esta área maneja dos categorías principales: los empleos con alta carga de tensión y el cambio de empleo como crisis.

Empleos con alta carga de tensión

Ciertos empleos han mostrado que son particularmente tensionantes. Por ejemplo, Martindale y Rose y los trabajadores han referido la tensión de los controladores de tráfico aéreo, quienes inspeccionan sistemas de radar y comu-

nicaciones. Son responsables de preservar la seguridad en el atestado espacio aéreo por encima de los aeropuertos. Este empleo requiere de una intensa concentración y despensamiento rápido. Una decisión o instrucción equivocadas podrían redundar en la pérdida de muchas vidas. La enorme responsabilidad y presiones para la toma de decisiones de tales trabajos pueden conducir a trastornos psicopatológicos como úlceras y enfermedades cardíacas. Tal como lo han visto Holmes y Rahe, las presiones asociadas con los trabajos de alta responsabilidad pueden acumularse hasta que acontezca una crisis. Muchos trabajadores, desde luego, se anticipan a las crisis con una variedad de técnicas de control de la tensión, muchas de las cuales pueden ser en sí mismas debilitantes (como el consumo de alcohol u otras drogas).

Los empleos que contienen la posibilidad de un peligro inmediato para el trabajador, como son: el de policía y el de bomberos representan, quizás los ejemplos más obvios de cómo el trabajo puede precipitar las crisis. En la parte medular de la tensión relacionada con estos empleos está la posibilidad de lesiones graves o la muerte. Un empleado herido debe enfrentarse con cargas financieras, físicas y psicológicas. (Véase los capítulos 4 y 13, para un análisis de los factores que conducen a crisis en situaciones clínicas.) Los sobrevivientes de los trabajadores muertos en cumplimiento de sus obligaciones laborales con frecuencia están en necesidad de una intervención en crisis. La mayoría de los empleados en trabajos peligrosos se salvan de la discapacidad grave, aunque les son comunes contingencias más sutiles, como el divorcio, consumo de drogas y trastorno emocional.

Otro trabajo de alta carga de tensión que ha sido investigado por los trabajadores de la salud mental es el del maestro de las zonas sobrepobladas de la ciudad. Bloch (1978) estudió a 253 maestros de las escuelas de las zonas centrales de la ciudad de Los Ángeles, los cuales fueron canalizados para evaluación psiquiátrica por parte de médicos clínicos, compañeros de trabajo, abogados y representantes sindicales, por causa de distintos factores psicológicos y físicos asociados con la tensión en la escuela. Bloch considera que estos pacientes son víctimas del síndrome del "maestro golpeado", que abarca una combinación de factores tensionantes, que incluyen ataques y amenazas físicas, altos niveles sostenidos de temor y ansiedad, escaso apoyo por parte de la administración escolar, entrenamiento insuficiente en el manejo de situaciones problemáticas. Bloch estableció la hipótesis de que las reacciones de los maestros eran similares a las que se hallaron entre algunos soldados involucrados en combate. Los factores relacionados entre la neurosis del combate y el síndrome de los maestros golpeados fueron: gravedad del incidente traumático; naturaleza crónica de la tensión; falta de estímulos placenteros para compensar los displacenteros; lo inesperado del incidente y moral menoscabada. Se halló que estos factores se correlacionaban con la gravedad del trastorno físico y psicológico de los maestros, una relación que se advirtió previamente entre los pacientes que sufrían de neurosis relacionada con el combate. Es significativo observar que sólo 28 % de los maestros habían sido atacados en realidad, y que la mayoría de los ataques provocaron sólo lesiones menores. Los factores de tensión más indirectos en el ambiente escolar fueron poderosos para provocar problemas psiquiátricos en la mayoría de los casos de la muestra. Bloch recomienda actividad en tres áreas para impedir o disminuir la gravedad de las reacciones a la tensión en las escuelas de zonas sobrepobladas de la ciudad.

Primero, los maestros deben estar preparados para los peligros físicos y psicológicos de las escuelas de estas zonas, mediante un programa que abarque la educación y el desempeño de roles. Segundo, los maestros necesitan mantener en alto la moral mediante los grupos de análisis y el apoyo administrativo. Éste debería llegar en la variedad de transferir a los estudiantes violentos después de un ataque, rotar a los maestros fuera de las escuelas conflictivas después de algunos años, y en una actitud en general abierta por parte de la administración, que se refleje en el reconocimiento del problema, escuchar las quejas y tratar activamente de realizar cambios. Por último, Bloch recomienda que se asigne un equipo de intervención en crisis a cada distrito escolar. Ese equipo estaría conformado por maestros con algún entrenamiento en salud mental, que serían supervisados por un psiquiatra o psicólogo clínico. El equipo actuaría mediante grupos de análisis para difundir situaciones de crisis en las que estén en conflicto maestros y estudiantes, y para ofrecer también orientación sobre crisis a los maestros. Una clínica de entrada general orientada hacia la atención a los maestros ayudaría, bien, en el manejo de las crisis.

Feldman (1979) describe una línea telefónica de urgencia que ayudaba a los maestros a manejar las preocupaciones no académicas. Planeada de manera original como un servicio para los estudiantes, la línea de urgencia se convirtió en un recurso para los maestros para encontrar ayuda a problemas tales como conflictos con los administradores, problemas de disciplina, temor por bajas calificaciones y dificultades emocionales generales. El servicio incluía consultas privadas, talleres y lecturas sabatinas, lo mismo que orientación por teléfono. El personal del servicio estaba conformado por maestros que habían trabajado, como mínimo, por tres años en el sistema escolar.

Cambio de empleo como crisis

Numerosos estudios han investigado el impacto psicológico de cambios en la condición laboral, como son la transferencia, el ascenso, el despido (la colocación fuera del ámbito laboral) y la jubilación (Broussard y DeLargey, 1979; Howitz, 1974; Jones, 1979; Kinzel, 1974). Cada uno de estos cambios lo mismo si son repentinos e inesperados, bienvenidos o temidos, representan una modificación que requiere adaptaciones en la rutina cotidiana de un individuo, en las relaciones y en la imagen de sí mismo. Como con las transiciones del desarrollo, estos cambios tienen el potencial de un beneficio a largo plazo para el trabajador (incluso si ello parece así por el momento, como en el caso de ser despedido), o de un daño a largo plazo (si, por ejemplo, el trabajador y su familia no se adaptan bien a las nuevas circunstancias).

Hirchowitz describe algunos de los peligros emocionales implicados en el cambio del trabajo. Las transiciones pueden redundar en crecimiento y dominio, pero también tienen el potencial para el trastorno y debilitamiento (depresión, alcoholismo, enfermedad física y aún el paro cardíaco). El autor mencionado describe al cambio de trabajo como una "crisis de paso" y la compara con la experiencia de la pérdida y el duelo por un ser querido, e identifica un proceso de tres etapas. 1) En el impacto, puede parecer que la persona está en un estado de conmoción, el cual puede durar de varias horas a varios días. 2) La fase de retroceso-confusión es un período de trastorno que dura de una a cuatro semanas y es seguida por 3) la adaptación, que se caracteriza por la solución del problema y la adaptación a nuevos papeles y responsabilidades.

La prescripción de Hirchowitz para manejar la tensión de un cambio en el trabajo destaca proveer de información como el arma más efectiva contra la desadaptación después de esta transición. Este autor, de manera más amplia, recomienda a los trabajadores el proveerse de: apoyo y confirmación de que los supervisores tienen interés y reconocen las contribuciones del trabajador; orientación en la ayuda al trabajador para adaptarse a sus nuevos papeles, relaciones y las exigencias de un nuevo ambiente físico; y, finalmente, la oportunidad para los trabajadores de expresar pensamientos y sentimientos con respecto al cambio.

Jones analiza los problemas de cambios involuntarios en la carrera en términos de la aflicción y la teoría de la crisis. Un repaso del trabajo de numerosos investigadores condujo a la conclusión de que la aflicción que se experimenta con el cambio involuntario en la carrera es similar a la reacción de duelo que la mayoría de las personas experimentan con la muerte de un ser querido. Jones identifica que se debe por la pérdida de un empleo como alguien con la probabilidad de estar en un estado de crisis, y aboga por fomentar el enfrentamiento mediante la organización planeada, la activación de recursos y un énfasis en las fortalezas.

Kinzel aboga por programas para orientar a los ejecutivos que se enfrentan al retiro prematuro. Este autor caracteriza la reacción ante el retiro prematuro como un proceso que implica un deterioro en las aptitudes de planeación, debido a la angustia. Las necesidades más apremiantes para los ejecutivos incluyen la orientación financiera, asistencia para "llenar los huecos de tiempo", lo mismo que atención a preocupaciones con respecto a sí mismo. Un enfoque similar propone Lamberson (1978), quien presenta un plan de cinco puntos para la orientación con respecto al retiro: 1) orientación financiera en la que se respondan preguntas específicas con respecto a los impuestos, pensiones, prestaciones gubernamentales, etcétera; 2) consultas respecto a la salud en asuntos como una cobertura de seguro conveniente, los cambios en las aptitudes físicas, etcétera; 3) consulta legal en asuntos como la igualdad de oportunidades para las personas de mayor edad; 4) información acerca de alojamiento y 5) consulta con respecto a relaciones, en la que se analizan preocupaciones como la relación cambiante de la persona retirada con su familia. Lamberson describe un proyecto que incluyó un cuerpo consultivo conformado por empleados de 50 a 62 de edad, lo mismo que por otros que ya se habían retirado. La utilización del cuerpo consultivo proporcionó retroalimentación constructiva a partir de un grupo conformado por personas en distintas etapas dentro del proceso de retiro.

Otro servicio para la transición laboral es orientación acerca de estar fuera del ámbito laboral, la que busca reducir al mínimo los efectos negativos de los trabajadores despedidos o suspendidos. La dinámica de un taller con un grupo de personas fuera del ámbito laboral se analizó en un estudio a cargo de Broussard y DeLargey (1979). Después de analizar los fundamentos y preparaciones básicas acerca de la orientación para la desocupación, los autores presentan los temas importantes, las preocupaciones y la dinámica de grupo implicada en reuniones como éstas. Este taller se proporciona como una prolongación del trabajo que se está abandonando, lo cual tiene ciertas ventajas y desventajas por la relación con el antiguo patrón. La hostilidad contra el conductor del taller, en tanto representante del patrón, será indudablemente

el **per** obstáculo por superar. El conductor del taller **de** procesar los senumietos del **gru** y dirigirlos lejos de él mismo, así como poner énfasis en el **tenc** la **co**trucuvo del grupo. Se alienta a los miembros del mismo a uuhzar la expernenca para conformar un grupo cohesivo, a partir del cual ellos **pu** aprendery recibir apoyo continuo a lo largo del proceso de búsqueda de bajo, en tanto ellos comparten sentimientos, ideas y estrategias de comportamiento en los con otros.

Ayuda proporcionada mediante los ambientes laborales

Numerosos artículos informan acerca de programas encaminados a aligerar los problemas personales de los trabajadores, y algunos de ellos se concentran en problemas específicos como son el alcoholismo y el duelo, en tanto que otros les da un enfoque más genérico. De manera tradicional, las compañías han sido más directas en su tratamiento del alcoholismo que de muchos otros problemas (Filipowicz, 1979). La industria del automóvil ha estado especialmente preocupada **o** el consumo d "sustancias", como se ejemplificó en un programa en la División **O**l **m**ob **l**le de la *General Motor's* (Campbell y Alaner: 1975). **E** **pro**ama **m**cluyó **p**nal de supervisión como la primera especmhdad de quienes **m**tervendrían. Se les instruyó para identificar trabajadores que podrían estar utilizando drogas o alcohol en exceso. Entonces se remitió a los **em**pleos al médico de la planta, quien a su vez proporcionó canalización a uno o **van** <>'. servicios comunitarios, para tratamiento. A lo largo de **l** **C**X **f**u el proyecto, se **I**ZO un **m**ten'; O por mantener un enlace de comunicación de apoyo entre supervisores y trabajadores perturbados. Los autores citados informaron que **un** de las características más positivas dentro del programa fue su **coste** abihdad. Un grupo de control de trabajadores consumidores de sustancias que **n**recibió.. iento, fue significativamente menos productivo que el **gru** tratado. El incremento en la productividad de los trabajadores que **rec**l **l**eron **tr**al aumento compensó con creces el costo del programa.

Sager (1979) presenta una revisión **de** algunas de las causas del alcoholismo en la industria, lo mismo que de programas de tratamiento en el lugar de trabajo. Los programas en el *United California Bank*, la *International Telephone múi Teleg';* *ph* y el *Commg Class Work* están descritos ente los más exitosos. La **re**habihtación de manera usual se mide en términos de incrementos en el desempeño laboral y reducciones en las ausencias y accidentes. Se informan de manera consistente índices (le recuperación de 60 a 80 por ciento. La mayoría de **I** <>'. artículos con respecto al alcoholismo industrial ponen énfasis en la necesidad **conf**idencialdad, consentimiento informado por escrito por parte los trabajadores y **pol**f **U**cas corporativas específicas con respecto al alcoholismo cuando una compañía decide comenzar un programa de tratamiento (Sager, 1979).

Lawrence y Steinbrecher (1979) refieren que el número de tales programas **dio** un **sal**f **O** de los **S**aros 2400 en los cinco años anteriores a su informe. Estos **pro**as han **recibí** una gran **C**8! **l**tidad de apoyo par parte del Consejo **N**aelona_J para Alcoholhstn?, El Instirulo Nacional de Consumo de Alcohol y Alcoholismo Y el Subcomité del Senado para el Alcoholismo y Consumo de as. Los autores mencionados también describen un estudio reciente de la Sociedad Estadunidense de Administración de Personal-Oficina de Asuntos

Nacionales (ASPA-BNA, por sus siglas en inglés), que clasificó al alcoholismo como el segundo problema laboral más frecuente, que afectaba a más de 5% de los trabajadores profesionales y directivos, y casi a 8% del personal de producción o servicios.

La orientación para el duelo es otra variedad de ayuda que se ha ofrecido mediante los ambientes laborales. El **pro**cedo **de** duelo **a**fecta a **l**odas las personas en algún momento de sus vidas. Se instituyó un programa planeado para ayudar a **em**pleados de compañías durante el **d**ifícil periodo **de** duelo. en un departamento para el personal **met**ropolitano (Crowder y otros, 1976). Ocho enfermeras en el servicio de salud ocupacional del departamento fueron entrenadas en teoría de la crisis, con un énfasis especial en el proceso de duelo y la identificación de reacciones patológicas ante la pérdida. Se colocaron anuncios alusivos a la disponibilidad de los programas de orientación sobre duelo, se enviaron al personal de supervisión y se incluyeron en los boletines informativos para empleados. De los 84 nombres que se dieron al servicio de orientación durante su primer año, se contactó a 49 y 31 participaron de la orientación. Los resultados presentaron la idea de que, agregada a las iglesias/sinagogas u hospitales, la orientación en los ambientes laborales puede ser un servicio útil para los empleados en duelo.

Un **en**foco **si**ngular **de** la **co**mpañía **en** cuanto a **su**s **re**curso **s** de **a**yudas **so**bre alcoholismo **o** **de** lo **co**rr **e**l **p**eligro **de** la **á**c **e**ra **un** **l**ad **o** **u** **a**gn **m** cantidad **de** **lo**s **ro**s problemas de los trabajadores. **F**lipowicz (1979) ha argüido, por tanto, en favor de un enfoque de amplio espectro para los problemas del trabajador, con un decremento en el énfasis sobre el alcoholismo. En tanto que se estimó que el costo anual del alcoholismo en el comercio y la industria fue de 5000 millones de dólares, **e**i **co**sto **est**imado para los problemas "emocionales" fue de 17 mil millones de dólares (Filipowicz, 1979). De **m**án **e**ra similar, Lawrence y Steinbrecher (1979), en un **e**studio **ac**erca de los problemas de los trabajadores **h**allá. **l**on que el alcoholismo es, entre ellos, el segundo más frecuente, pero que el problema más usual implicó una "situación de crisis personal", que abarcaba preocupaciones maritales, familiares, financieras o legales.

Una alternativa a las intervenciones especializadas dentro de instituciones (lo mismo si es para el consumo de alcohol o para el duelo) son los planes más generales de asistencia para empleados APs. por sus siglas en inglés), los cuales se apoyan en convenios con instituciones y consultores externos. Estas compañías de manera usual sirven a un gran número de personas que, de esta manera, pueden tener medios para proveerse de una amplia gama de servicios para **mu**chos ámbitos problemáticos. Se **h**a **prop**ues **W** que los EAPs pueden proporcionar más **conf**idencialdad **de** **q**ue los programas dentro de instituciones, **l**ó **cu**al **pod**ría entonces llevar a que más gente los utilice. Un ejecutivo, por ejemplo, podría estar menos dispuesto a hablar con un médico de su compañía acerca de un problema personal, de lo que lo estaría con un trabajador clínico ajeno a la empresa. En este último caso, el ejecutivo evita el tener que analizar un problema personal con alguien que tiene una menor jerarquía: que él en la organización.

Muchas corporaciones ahora hacen uso de las organizaciones de conservación de la salud (HMOs, **p**ursus siglas en inglés) en sus **l**aq **u**etes **de** prestaciones para empleados. Las HMOs proporcionan servicios de manera directa a las corporaciones e **inclu** un espectro **co**mpleto de servicios de salud física y

mental, con oportunidad en la prevención, lo mismo que en el tratamiento de trastornos. Sank (1979), por ejemplo, describe una intervención realizada por el departamento de psicología de una HMO, en lo subsiguiente a la liberación de los rehenes retenidos en el centro de operaciones del grupo extremista *Bhai Bth*, Washington, D. C., en 1978. Para evitar un posible debilitamiento psicológico en los ex rehenes, los psicólogos emprendieron mi esfuerzo de inención masiva en crisis. Ellos alentaron a los ex rehenes a **participar** en re-uniones de grupo, en las que ellos podrían analizar la penosa experiencia en una atmósfera de apoyo, y recibir también asistencia en el manejo de problemas específicos, como el retorno al trabajo, manejo de pesadillas y otros semejantes.

Más allá del contacto directo con los empleados afectados, los profesionales de la salud mental pueden funcionar como consultores para los supervisores de la compañía acerca de cómo tratar mejor con los empleados afectados. Reardon (1976) describe un programa instituido en la Compañía de Gas del Sur de Connecticut, la cual empleaba menos de 600 personas. Los supervisores de la compañía fueron entrenados en una sesión de tres a cuatro horas con respecto a su papel dentro del EAP de la compañía. Se les instruyó para ayudar a los trabajadores perturbados que estaban en contacto con la oficina de personal, la cual, entonces, los canalizaba a la institución local de servicio a la familia de *1st J. ni Jed Way*. Bosch (1979) describe otro programa con objetivos y métodos similares, aunque con la utilización de personal de uniones gremiales, en lugar de ser el papel clave de la canalización. El programa de Orientación SIICal de AFL-CIO proporciona entrenamiento para clasificar y registrar trabajadores y personal de la unión gremial, en un curso de seis semanas. A los participantes se les instruye en técnicas de entrevista y en el uso de fuentes de canalización dentro de la comunidad. Los trabajadores que están en crisis o que experimentan adversidades de esta manera son identificados y orientados por sus compañeros de trabajo, con lo cual evitan el conocimiento o la instrucción por parte de las esferas directivas.

TENDENCIAS PARA EL FUTURO

Aunque pocos de los estudios revisados hicieron un uso directo de la teoría de la crisis en la investigación o en el suministro de servicios, es digno de mención el que muchas estrategias utilizadas conllevan una similitud semejante con los principios de intervención resumidos antes (Bloch, 1978; Crowder y otros, 1976; Feldman, 1979; Greenbaum y otros, 1977; Martindale, 1977). Otros estudios demuestran cómo la teoría de la crisis puede ser útil en la conceptualización

de las culturas laborales de los empleados (Broussard y DeLargey, 1979; Hirschowitz, 1974; Jones, 1979; Ignoffo, 1974; Lamberson, 1978).

El uso futuro del modelo de crisis en la planeación de servicios psicológicos en el comercio y la industria dependerá de los resultados de la investigación acerca de la naturaleza de las crisis vitales en los ambientes laborales. Existe una necesidad de investigaciones para responder las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué los problemas psicológicos relacionados con el trabajo que se enfrentan a los supervisores, médicos de las compañías y los departamentos de personal, que pertenecen a la categoría de las crisis

del desarrollo y circunstanciales (capítulos 3 y 4), por oposición a los problemas de personalidad de más larga duración o crónicos?

2. ¿Los compañeros de trabajo o los supervisores llegan a ser conscientes (y, por tanto, tienen una oportunidad para ayudar) significativamente los médicos, ministros de culto y otros grupos que han sido objetivos tradicionales del entrenamiento en intervención en crisis?
3. ¿Puede el entrenamiento en intervención en crisis para grupos clave, como son los supervisores, mostrarse como costeable según las tradicionales medidas de resultado como son el reducido ausentismo y el incremento en la productividad, como ha sido el caso con los programas de tratamiento para el consumo de alcohol?
4. ¿En dónde encuentra su mejor lugar la ayuda dentro de los sistemas laborales? Parecería, por ejemplo, que los programas patrocinados por una unión gremial podrían ser mejor recibidos por algunos trabajadores de cuello azul que la ayuda ofrecida por la esfera directiva, aunque, en el presente, no existen datos para sustentar esto.

Los datos acerca de estas preguntas (especialmente en cuanto a la costeabilidad) podrían hacer mucho para avanzar en el uso del modelo de intervención en crisis en los ambientes laborales. Incluso antes de que se realicen semejantes estudios, sin embargo, la bibliografía sobre crisis ya existente proporciona paulatinamente aquellos integrados a la planeación de servicios de salud mental en los ambientes laborales. El combinar un conocimiento de la naturaleza de las crisis vitales (capítulos 2, 3 y 4) con la naturaleza de los ambientes laborales (Neff, 1977) conduce a sugerencias para: a) la educación, b) el entrenamiento y c) las canalizaciones.

Educación

Por conducto de cualquier medio disponible (artículos en los periódicos y las compañías, programas de entrenamiento para gerentes, etcétera), los trabajadores deberían ser hechos conscientes de los factores psicológicos concomitantes de las transiciones predecibles relacionadas con el empleo. Al anticipar las adaptaciones en los planes de vida, las finanzas, la autoimagen y la vida familiar, asociados con los indicadores para el desarrollo como son la transferencia, el ascenso, la terminación de la relación laboral y el retiro, los trabajadores tienen una mayor posibilidad de elevar al máximo cualquier ganancia personal que pudiera asociarse con cada uno de esos indicadores, y de reducir al mínimo el peligro para sí mismos y sus familias. Se podrían escribir breves artículos para los boletines informativos de las compañías y elaborarse módulos de entrenamiento, basados en las cuatro tareas de la resolución de la crisis (capítulo 8). El objetivo sería hacer uso de esfuerzos educativos breves, enfocados a proporcionar a los trabajadores una estructura cognoscitiva, la cual los ayudaría a superar las transiciones predecibles y asociadas con sus empleos.

Entrenamiento

Los empleados de primera línea-aquellos en una posición como... enterarse en primer lugar que un trabajador necesita ayuda-deberían recibir enseñanza

Artículo 18-t

PROTOTIPO DE ENTRENAMIENTO

Véanse los capítulos de entrenamiento 19 y 20, para un programa genérico de entrenamiento, que puede integrarse dentro de los cursos de capacitación de personal y educación continua para supervisores y gerentes, lo mismo que para el personal de asistencia para empleados.

acerca de los primeros auxilios psicológicos (capítulo 6). Debería ponerse énfasis en las metas limitadas, con esfuerzos de supervisión encaminados a ayudar al trabajador a establecer el enfrentamiento. El entrenamiento giraría en torno del aprendizaje de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, descritos en el capítulo 6: realización del contacto psicológico, análisis de las dimensiones del problema, análisis de posibles soluciones, asistencia para la ejecución de acción concreta y seguimiento para verificar el progreso, al adaptar cada uno de ellos a los requerimientos laborales peculiares del asistente. Puesto que la misma estructura de los PAP se aplica por teléfono, en la oficina o al estar en un pasillo, es apropiada de manera ideal a los retos que presentan las crisis en ambientes laborales. El entrenamiento debería incluir situaciones de *role play*, enlazadas con la situación del empleado, para facilitar la transferencia a las tareas cotidianas de éste. Los principios de los primeros auxilios psicológicos pueden enseñarse junto con los primeros auxilios físicos, en los programas de orientación para supervisores y gerentes. Más allá de la asistencia psicológica inmediata, los trabajadores deberían ser hechos conscientes de los otros recursos de ayuda disponibles para la canalización, lo mismo dentro de la compañía que en la comunidad. En el transcurso de todo el proceso de entrenamiento, se debería poner énfasis en la comprensión y manejo de manera directa de la perturbación y trastorno extremos asociados con las crisis circunstanciales y el desarrollo, lo mismo si son debidas a un asunto relacionado con el trabajo, o a un divorcio, enfermedad repentina, muerte en la familia o a algo más.

Canalizaciones

Todas las compañías, lo mismo si son grandes o pequeñas, deberían tener un sistema de canalización disponible para los trabajadores que necesiten terapia breve, con el fin de que resuelvan de manera adecuada sus crisis vitales. Dependiendo de los recursos de la compañía, esto podría ser con profesionales que trabajen allí mismo, o terapeutas que trabajen sobre una base contractual, como parte de un plan de asistencia para los empleados. Desde la posición avanzada de la teoría de la crisis, el tratamiento disponible debería ser un enfoque de amplio espectro que ayude al trabajador y a su familia en la superación de las cuatro tareas para la resolución de la crisis: supervivencia

física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/personales, de tal manera que el individuo pueda volverse a unir a las filas de sus compañeros trabajadores productivos, tan pronto como sea posible (capítulo 8).

Los profesionales de la salud mental que prestan servicio como parte de AEPs y HMOs, por ejemplo, pueden utilizar el modelo de crisis presentado en este libro en los aspectos de los PAP y la terapia para crisis, como una guía para el tratamiento de trabajadores perturbados, y para la consulta a supervisores, gerentes y departamentos de personal que tienen contacto diario con empleados en crisis (véase también a Beale, 1984). Cuando se utiliza de esta manera como un modelo para el tratamiento como para la consulta, el modelo de intervención puede usarse para fortalecer los sistemas informales de ayuda "en el trabajo", así como facilitar la canalización para tratamientos externos cuando sea necesario. Los programas de entrenamiento para consultores podrían extraerse de los capítulos 10 (clero) y 16 (escuelas), que proporcionan ejemplos de cómo movilizar recursos de los sistemas para ayudar a los individuos a lograr las cuatro tareas para la resolución de la crisis.

Una clara ventaja del modelo de crisis en ambientes laborales es que el mismo utiliza un lenguaje no técnico, con lo cual facilita la comunicación entre los supervisores laborales y los consultores de salud mental. Además, el enfoque del modelo de crisis sobre el enfrentamiento positivo, la movilización de fuerzas y el crecimiento a través de los tiempos difíciles, es congruente con los actuales énfasis del comercio y la industria acerca del fortalecimiento de la salud. El futuro probablemente verá un incremento en el reconocimiento, por parte de las compañías aseguradoras y los empleadores, de que los servicios de intervención en crisis no sólo pueden reducir los costos de la atención a la salud (capítulo 1), sino también un incremento en la productividad y la satisfacción total con respecto al empleo, y, por tanto, aquellos deberían incluirse como una parte integral de cualesquiera servicios completos de cuidado de la salud. De manera optimista, el material de este capítulo ayudará a los consultores y empleado a la planeación de introducción de los servicios completos para crisis en ambientes laborales. •



Entrenamiento e investigación

El campo de la intervención en crisis presenta un punto de tensión para los educadores e investigadores: incluso cuando existe una necesidad de poner a prueba y depurar los principios rectores de la teoría de la crisis, los profesionales del campo reciben llamadas todos los días para que proporcionen asistencia a los individuos, familias y organizaciones en crisis. Las exigencias de la ciencia del comportamiento requieren de una continua puesta a prueba de las hipótesis, lo mismo que abstenerse de entusiasmarse en exceso con principios clínicos que todavía no han sido completamente analizados. Al mismo tiempo, los profesionales en una amplia variedad de ambientes piden ayuda para percibirse a sí mismos para afrontar de mejor manera las muy reales necesidades humanas que se presentan en la gama completa de las crisis circunstanciales y del desastre, que afrontan los pacientes de aquéllos.

Esta sección ofrece capítulos acerca del entrenamiento y la investigación, los cuales, esperanzadamente, honran los programas para los capítulos 19 y 20, que proveen pautas pormenorizadas para los programas de entrenamiento en

primeros auxilios psicológicos y terapia para crisis, destinados tanto al entrenamiento como a la educación continua de los profesionales y los paraprofesionales. El capítulo 21 adopta exactamente el mismo material y proporciona lineamientos para la investigación en curso. Este capítulo será de especial interés para los profesionales que deseen evaluar de manera crítica su trabajo con pacientes en crisis y para los científicos del comportamiento y sus colaboradores estudiantes que deseen realizar investigaciones formales sobre el curso de las crisis vitales y el proceso de intervención.

Entrenamiento 1: Primeros auxilios psicológicos



19

MEMORÁNDUM

PARA: El entrenador

DE: El director ejecutivo

ASUNTO: Taller de intervención en crisis

M |||||

de usted. Ofrecer un programa de entrenamiento para nuestros nuevos paraprofesionales. Como hemos analizado, estos individuos ya han recibido una orientación básica en habilidades para la asistencia; sin embargo, ellos no han tenido una previa información académica básica o un entrenamiento supervisado en orientación para crisis. Nos apoyaremos en la trayectoria de usted para que sea una columna vertebral de entrenamiento de ellos, para que trabajen en nuestra institución.

Espero hablar con usted pronto acerca de los pormenores de los horarios, así como de cualquier lecturas básicas que usted pudiera sugerir.

Este capítulo supondrá que el lector ha recibido de modo reciente una carta como la que antecede, o que, de alguna otra manera, ha aceptado proporcionar entrenamiento e intervención a individuos que están en un nivel paraprofesional o un más bajo. Todos los ejercicios, volantes y otros materiales presentados han sido puestos a prueba al paso de los años por el autor, con una amplia gama de entrenados de los distintos ambientes que se identificaron en la tercera parte de este libro. La actitud que se adopta en este capítulo y el siguiente es de consulta para los capacitadores, con el planteamiento de las siguientes preguntas: ¿Cómo puedo trasladar el modelo de intervención en crisis -tanto los primeros auxilios psicológicos como la terapia para crisis- a una experiencia de aprendizaje que aumentará las aptitudes de los pacientes?

SUPUESTOS

Existen muchas vías que alguien puede tomar para crear experiencias de entrenamiento, por lo que es importante esclarecer desde el inicio algunos supuestos importantes:

1. Aprendizaje. Se asume que, con el fin de desarrollar aptitudes para la intervención en crisis, se necesitará que exista un equilibrio entre la "energía de entrada" cognoscitiva, la práctica y la retroalimentación estructurada. Todo lo que se presenta en este capítulo y el siguiente tiene el propósito de sumarse a la reserva de conocimiento de los entrenados (mediante conferencias y polémicas) y también de proporcionar experiencias en poner a prueba los métodos de los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis, lo que incluye oportunidades para la retroalimentación estructurada dentro del modelo.
2. Nivel de acceso para los paraprofesionales. Al proporcionar este entrenamiento para el nivel de los paraprofesionales, nuestro propósito es estructurar los programas de entrenamiento en sus niveles más elementales. Al mismo tiempo, es posible de manera clara para el lector adaptar las distintas secuencias a una más amplia gama de grupos profesionales (por ejemplo, psicólogos escolares, enfermeras clero trabajadores sociales, policías y otros), esencialmente al cambiar las situaciones que afrontan estos individuos.
3. Experiencia previa. Esta secuencia de entrenamiento no se concentra en las habilidades básicas para la asistencia como son escuchar de manera activa, la resolución de problemas y otras semejantes. Existen otros excelentes programas de entrenamiento que ofrecen estos elementos. Se supone que los participantes habrán tenido algún enfrentamiento con estas otras experiencias fuera del entrenamiento en intervención en crisis.
4. Colaboración. Nuestra experiencia en entrenamiento es que cualquier situación de aprendizaje es verdaderamente una colaboración entre el individuo que toma la responsabilidad de enseñar (el entrenador) y aquellos que desean adquirir nuevas habilidades y conocimiento (entrenandos). El entrenador, de manera clara, debe proveer materiales didácticos y un ambiente estructurado para el aprendizaje; los participantes traen su propia experiencia en el manejo de las crisis vitales y es esta combinación de aportaciones lo que es determinante para el éxito de cualquier programa de entrenamiento. La implicación para el entrenador es: comunicar a los participantes que usted busca un verdadero diálogo acerca de cómo se aplican estos principios a las situaciones individuales.

MÓDULOS

Hemos dividido el entrenamiento en los primeros auxilios psicológicos (PAP) de la terapia para crisis por una cuestión de conveniencia (es demasiado material

para un solo capítulo) y también porque tal vez los entrenadores deseen proporcionar ambos como dos secuencias diferentes. Por ejemplo, los cadetes policiales tal vez recibirán entrenamiento únicamente en los primeros auxilios psicológicos, con sólo una atención de paso sobre la terapia para crisis. Por otra parte, los trabajadores sociales en un establecimiento hospitalario pueden llevar una secuencia de los primeros auxilios psicológicos y otra en terapia para crisis, puesto que ellos estarán integrados en el lugar mismo de las intervenciones y la terapia familiar puesta en marcha con algunos pacientes.

Los dos módulos para los PAP ("Las crisis y yo" y "Componentes de los PAP") pueden proponerse en una secuencia de entrenamiento que se lleva aproximadamente 24 horas. Esto podría trasladarse a un largo fin de semana o a tres jornadas de trabajo, o desplegarse en una extensión del contacto en clase dentro de un curso de pregrado. A menos que se especifique de otra manera, el cupo de la clase puede variar, según los objetivos para la adquisición de habilidades. Por ejemplo, si usted está satisfecho con proporcionar fundamentalmente la exposición de este modelo, se puede condensar la secuencia completa de enseñanza en mediodía, y se puede otorgar a un grupo de 1000 más participantes. Por otra parte, si su meta es incrementar las aptitudes de cada participante, entonces se recomienda que el cupo de la clase se limite de 10 a 20 individuos para el formato de 24 horas, lo que permite la participación en el *role play* por parte de cada persona.

MÓDULO UNO: LAS CRISIS Y YO

Objetivos: Aumentar la comprensión de los participantes en cuanto a: a) Las dimensiones de la crisis (capítulo 2); b) la Estructura CASIC de la personalidad, según se aplica a la crisis.

Duración: De 1 a 3 horas, según la evaluación del instructor con respecto a las necesidades e intereses de los participantes. En algunas situaciones este módulo se complementará en una hora, esencialmente por medio de la discusión en clase y una conferencia. En otras situaciones, será útil llevarse más tiempo, con la utilización de las triadas (véase más adelante), para permitir una mayor participación.

Lecturas: Hacer que los participantes lean el capítulo 2 de este libro, con atención particular al cuadro 2-2, "Perfil CASIC de la personalidad", lo mismo que en el capítulo 4 ("Programa de acción para el crecimiento") del libro *Up from the Ashes* (Slaikeu y Lawhead, 1987), el cual sintetiza las cuatro tareas para la resolución de la crisis.

Material Informativo: Fotocopia del cuadro 2-2, "Perfil de la Personalidad CASIC". (Capítulo 2.) Fotocopia del cuadro 5-1, "Intervención en crisis: un modelo amplio". (Capítulo 5.)

Formato: a) Ejercicio. Este ejercicio puede realizarse como una extensa discusión grupal, o puede usted dividir a los participantes en grupos de tres (durante 10 a 15 minutos), después de lo cual ellos retornarán a la extensa discusión grupal.

Paso 1: Lo mismo si es un grupo numeroso o son ínfimas, pida a las personas que analicen la siguiente pregunta: "¿Al pensar en retrospectiva en un momento en el que usted tuvo una crisis personal, o al pensar en una crisis que involucró a alguien que conocen o han tratado de ayudar, cuáles fueron los distintos modos o maneras en que esa persona experimentó la crisis?"

Paso 2: Vuelva al grupo extenso y liste todos los síntomas sobre el pizarrón (por ejemplo, que la persona en crisis se sintió terrible, ansiosa, deprimida, temerosa de perder el control, etcétera) (hágalo en un periodo de 15 a 20 minutos).

Después, pida al grupo que identifique las distintas modalidades representadas en el pizarrón, con la utilización del formato CASIC del capítulo 2. Por ejemplo, ¿cuáles de los síntomas listados en el pizarrón se refieren a componentes afectivos de la crisis (por ejemplo, ansiedad, miedo, tristeza)? ¿En lo que respecta a manifestaciones del comportamiento (la persona en crisis comenzó a consumir alcohol), cuáles, a manifestaciones somáticas (retortijones estomacales), y así sucesivamente?

¿Cuáles de las modalidades CASIC recibieron la menor atención por parte del grupo?

b) Miniconferencia. Dé una conferencia de 15 a 20 minutos acerca de la "Tooáa de la crisis en pocas palabras" (capítulo 2). Utilice usted sus propias palabras para sintetizar el material, y haga referencias a cuestiones particulares identificadas por el grupo hasta ese momento. Destaque la importancia de poner atención a los trastornos en todas las cinco modalidades.

Otras actividades:

a) Presentación de casos: Haga que cada participante escriba una breve narración (de la 2 páginas) en la que describa la "experiencia de crisis" de un individuo que conozca. Este podría ser un miembro de su familia o un amigo, o uno de los pacientes con el que los participantes hayan trabajado (por ejemplo, una víctima de violación, un caso de maltrato infantil o un desastre natural). Diga a los participantes de manera anticipada que estas narraciones las leerán los demás, de manera que deberán ocultar sus identidades y proteger la confidencialidad. Haga que los participantes intenten escribir sus escritos, y codifiquen cada uno de acuerdo con las modalidades que se presenten en la narración (del comportamiento, afectiva y así sucesivamente).

Conduzca una discusión en clase con respecto a las tendencias individuales en cuanto a concentrarse en una o más modalidades y a excluir las demás. Conduzca un énfasis sobre la evaluación de todas las modalidades.

2) Revisión de la bibliografía: Haga que los participantes realicen una breve revisión de la bibliografía, para que tomen en cuenta las investigaciones anecdóticas o empíricas acerca de las crisis vitales, con una concentración con respecto a cuántas modalidades se describen en estos informes. (Remítase al cuadro 4-1, "Crisis circunstanciales").

para obtener una lista de las crisis comunes y de referencias). Discútanlo como se recomienda anteriormente.

3) Las crisis en las noticias: Haga que los participantes recopilen artículos periodísticos (por ejemplo, de la revista *Parade*) que describan a individuos que han sobrevivido a crisis personales, y que relaten tanto los síntomas (con la utilización del formato CASIC) como los resultados de la crisis. Discutan los relatos de los sobrevivientes acerca de sus experiencias, enfocándose sobre los resultados de las crisis que se describieron en el capítulo 2 (debilitamiento, crecimiento, muerte).

Variaciones: El enfoque del Módulo Uno se centra en asistir a los participantes en la comprensión de las dimensiones CASIC de la crisis. Es posible utilizar también exactamente el mismo formato para concentrarse en otros dos aspectos importantes de la teoría de la crisis: a) los tres resultados de la crisis (muerte, debilitamiento, crecimiento), y b) las cuatro tareas como camino hacia la supervivencia y el crecimiento (supervivencia física, manejo de los sentimientos, dominio cognoscitivo, adaptación conductuales interpersonales).

Para algunos grupos, esto sencillamente se identificará en una miniconferencia que sigue a los ejercicios mencionados antes. También es posible, sin embargo, asignar cada uno de los ejercicios y proporcionarlos con vistas a los resultados de la crisis, o a las cuatro tareas. Por ejemplo, pida a las personas que informen acerca de los casos, aunque se concentren en los resultados finales, en lugar de en los síntomas CASIC en el momento de la crisis. O, pida a la gente que informe sobre las crisis que han experimentado o acerca de las que han leído antes, y que se concentren sobre las actividades que se realizaron a lo largo del camino hacia cualquier resultado obtenido finalmente.

Si el tiempo lo permite, podría usted crear un Módulo Uno integrador que se enfocará sobre la totalidad de estas tres áreas: a) funcionamiento CASIC, b) resultados y c) cuatro tareas para encaminarse hacia la resolución. Recuerde que el objetivo en este punto es tener conciencia de las variables bajo cada uno de los encabezados, y, en particular, el tener conciencia de las áreas con respecto a las cuales los participantes necesitarán recopilar más información al trabajar con pacientes en el futuro.

MÓDULO DOS: COMPONENTES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Objetivo: Aumentar la capacidad de los participantes para:

- a) Identificar los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

1 N. de T. Obviamente, en este caso el autor hace alusión a una publicación estadounidense y sólo había necesidad de buscar su equivalente en los países donde se habla el español.

- b) Proporcionar aseveraciones y preguntas apropiadas a los pacientes, bajo cada uno de los cinco componentes.
- e) Interactuar con los pacientes de tal manera que las aseveraciones y preguntas del asistente proporcionen apoyo, disminuyan el riesgo de la mortalidad y enlacen al paciente con los recursos de ayuda.

Duración: Diecisiete horas (lo que resta de tiempo después del Módulo Uno, de un total de 20 horas).

Lecturas: Haga que los participantes lean los capítulos 5 y 6, en relación a: los primeros auxilios psicológicos; lo mismo que el capítulo 3 ("Proporcionarse a sí mismo los primeros auxilios psicológicos"), del libro *Up from the Ashes* (Slaikue y Lawhead, 1987).

Material Informativo: Fotocopia del cuadro 6-1, "Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos" (páginas 116 y 117) y "Hoja de codificación de los primeros auxilios psicológicos". (Página 415).

Formato: a) Ejercicios de calentamiento: Conduzca a la clase en una discusión con respecto a los "problemas" que han experimentado al proporcionar orientación sobre crisis. Pregunte cuáles son las dificultades que tienen ahora los participantes y con qué problemas se han enfrentado. Asiente esos datos en el pizarrón. La lista, de manera típica, incluirá cuestiones como las siguientes: pacientes que están extremadamente enojados, amenazas de violencia, qué hacer si alguien habla de quitarse la vida, saber cuán directivo ser o cuán implicado quedar al ayudar a alguien, y preocupaciones acerca de ser "manipulado", y otras semejantes.

Una vez que estos comentarios se pusieron en el pizarrón, guíe a la clase a una discusión acerca de los temas y las preguntas apremiantes para el grupo.

Entonces, ofrezca una miniconferencia acerca de las diferencias entre los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis, y acerca de cómo el propósito de la intervención de primera y segunda instancia es encauzar los problemas que los asistentes han referido en otros ambientes. Utilice el material del capítulo 5 como una guía para esta miniconferencia (alrededor de cinco minutos). Establezca que este primer módulo se concentrará en los primeros auxilios psicológicos, lo cual puede concebirse como un mapa o guía cognoscitiva para trabajar con un paciente en crisis. Proporcione una breve miniconferencia (de 10 minutos) acerca de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, después de la cual trasládese al primer ejercicio.

b) Ejercicio: Divida al grupo en triadas, y dé al grupo completo las siguientes instrucciones (antes de la separación en grupos pequeños).

"Éste es un ejercicio cuyo propósito es permitir que cada uno de ustedes ponga en práctica los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos. Completaremos este ejercicio en varias rondas. De mane-

ra que cada uno de ustedes tendrá la oportunidad de funcionar como asistente, paciente y observador. Cuando nos dividamos en grupos, vayan a una sección del área de entrenamiento y acomoden las sillas de manera que paciente y asistente se den la cara uno al otro (o que queden espalda con espalda, si se pretende simular del uso del teléfono), en tanto que el observador quede situado de manera que pueda oír y ver tanto de la actividad como sea posible. Lean sus instrucciones para el papel individual (situadas más abajo); sin embargo, no las discutan con los demás participantes. Es importante que se pongan a sí mismos "en el papel", tanto como sea posible. Hagan cualquier cosa que puedan para hacer de la situación de *role play* algo tan cercano a la realidad como puedan. Después que se han integrado al *role play* durante 10 a 15 minutos, analicen la experiencia en su triada, y comience con comentarios de parte del paciente y el asistente, y entonces retroaliméntense a partir del observador. Después de 20 minutos, todos nos reintegraremos al grupo completo para la discusión".

Opción de cinta de vídeo: Un excelente método para la discusión en el grupo completo es filmar en vídeo a una de las triadas. La cinta se reproducirá después para el grupo completo y el intercambio de preguntas, y separará la cinta con la frecuencia necesaria para analizar lo que está sucediendo en la triada.

Caso A: "Él realmente me ama, es sólo que..."

El siguiente es un ejemplo de las instrucciones que pueden darse a cada miembro de la triada. El objetivo del instructor es incluir suficientes elementos narrativos para permitir al asistente y al paciente colocarse dentro de la situación con tanto realismo como sea posible. Es también importante desarrollar elementos clave dentro del papel del paciente, los cuales debe identificar el asistente, con el fin de alcanzar los objetivos de los primeros auxilios psicológicos. Se evaluará a los asistentes con fundamento en su capacidad para descubrir estos elementos y utilizarlos de manera apropiada.

Para todos los participantes: el ambiente. El ambiente en la sala de urgencias de un hospital, donde se ha tracado de manera reciente a una paciente por un labio partido, el cual dijo ella que se lo provocó un accidente en su casa ("uno de los niños estaba jugando, y azotó una puerta, y yo caminaba directo hacia ella"). La enfermera observó, sin embargo, que esta mujer estaba, de manera obvia, trastornada emocionalmente por esta situación; al dudar del relato de la paciente, la enfermera le pidió que hablara con la trabajadora social en servicio, antes de irse del hospital. La interacción que viene después acontece en una sala de entrevista cercana a la sala de urgencias, después de que la trabajadora social se ha presentado a sí misma con la paciente.

Instrucciones únicamente para la paciente: Usted es una mujer de 28 años, madre de dos niños en edad preescolar, casada con un hombre de

aproximadamente la misma edad, que la ha golpeado a usted en numerosas ocasiones. El ataque comenzó con amenazas verbales, e incluyó empujones en el primero de sus siete años de matrimonio, y más tarde golpes que no requerían tratamiento médico, aunque dieron como resultado contusiones que usted halló difíciles de explicar a los demás. Esta noche, sin embargo, él la golpeó en la cara, con lo que partió su labio, la hizo requerir una visita a la sala de urgencias. Después de recibir la aplicación de puntos de sutura sobre su labio, usted se encuentra ahora hablando con una trabajadora social acerca de lo que sucedió. Fue claro desde el principio que la enfermera no creyó el relato de usted acerca de su tropiezo y de su golpe contra la puerta. Usted está dispuesta a hablar acerca de lo que ocurrió, admitiendo que su esposo la golpeó, aunque usted está terriblemente temerosa de que, si estas personas le dicen a él cualquier cosa, será peor para usted. Ahora son las siete de la noche, y sus hijos están en la sala de espera con su vecino de al lado. Usted no sabe dónde está su esposo, aunque está temerosa de ir a su casa esta noche. Y aun más que eso, usted está temerosa de lo que sucederá si usted no va a casa y se arregla con él. Él bebe en gran cantidad, y esto se relaciona con frecuencia con los episodios de golpes. La situación de esta noche aconteció cuando usted regresó a casa de su trabajo y halló a su esposo bebiendo ya (él había comenzado por la tarde), una situación que se incrementó desde que él perdió su empleo hace tres semanas.

Instrucciones únicamente para el orientador: Sus antecedentes profesionales son de trabajo social, y a usted se le empleó recientemente en este nuevo hospital. La enfermera le pide a usted que hable con una mujer que ha requerido de puntos de sutura sobre un labio cortado. Se le dijo a usted que el relato original de ella fue que aquello ocurrió por accidente, pero que resultó muy claro para la enfermera que probablemente existía alguna violencia doméstica relacionada con la lesión de la mujer. Se le dijo a usted que la mujer está muy atemorizada, y que la enfermera tiene miedo de dejarla ir a su casa esta noche. La enfermera y el médico en servicio querrían una recomendación de parte suya acerca de lo que debería pasar con ella ahora que su labio ha recibido tratamiento.

Instrucciones únicamente para el observador: Ésta es una situación de orientación breve, que implica a una trabajadora social de un hospital, y a una mujer joven que ha recibido tratamiento por un labio partido en la sala de urgencias de un hospital. Observe la interacción completa a la luz de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos y, en particular, codifique las respuestas de la trabajadora social con la utilización de la hoja de codificación de los PAP (capítulo 20).

c) **Discusión:** miniconferencia. Una vez que las tríadas de participantes se han reintegrado al grupo completo, guíe una discusión grupal acerca del desempeño de roles. Es útil hacer que los pacientes,

asistentes y observadores (en ese orden) hablen acerca de "lo más y lo menos" o de "fortalezas y debilidades" del desempeño de la asistente. Un tema adicional para la discusión puede ser: "Lo que yo haré la próxima vez". Al resumir los comentarios bajo estos tres temas: fortalezas, debilidades, planes para la próxima vez - la meta es llevar la experiencia del desempeño de roles a una experiencia constructiva de aprendizaje para todos. Después del *role play*, proporcione una miniconferencia acerca de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos, sintetizando con sus propias palabras el material del capítulo 6. Relacione el contenido de cada componente con las distintas dificultades que los individuos participantes tuvieron para lograr los cinco componentes durante el *role play*. Invite a la participación del público acerca de la variedad de maneras para cumplir las cinco tareas.

Si el tiempo lo permite, complete otra ronda de *role play* y discusión en grupo.

Actividades adicionales: Existe un número de actividades adicionales que pueden estructurarse para intensificar la conciencia individual de los participantes acerca de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos y para aumentar su capacidad para llevar a la práctica los procedimientos correspondientes. Así como los atletas tomarán partes de un deporte y las practicarán una y otra vez (por ejemplo, los jugadores de tenis al practicar los saques, los jugadores de béisbol al practicar las barridas), usted puede tomar cada componente de los primeros auxilios psicológicos y crear pequeños ejercicios que permitan la práctica individual. Por ejemplo, en el primer componente ("la realización del contacto"), usted podría establecer una representación de roles en situaciones en las que los pacientes "vaciarán su corazón", y entonces se invitará a los participantes a crear tantas respuestas como sea posible utilizar para ofrecer empatía. De manera similar, una vez que se ha realizado el contacto, se ha identificado el problema y se ha analizado las soluciones, estructure un ejercicio que fuerce a los asistentes a adoptar una actitud directiva al lograr que una persona se comprometa a un comportamiento en particular (por ejemplo, entregar un arma, llamar a un pariente, registrarse en el hospital).

En cada una de estas situaciones, concéntrese en la variedad de maneras a que pueden recurrir los participantes para llevar a la práctica el comportamiento propuesto. Recuerde que el enfoque está finalmente en los tres objetivos de los PAP (proporcionar apoyo, reducir el riesgo de mortalidad, enlace con otros recursos de ayuda), en tanto que **SE** permite una considerable libertad en cuanto al cómo el asistente logra que se haga el trabajo.

CREACIÓN DE SUS PROPIOS CASOS PARA EL *ROLE PLAY*

La muestra precedente se proporciona únicamente para ilustrar un enfoque que se ha encontrado muy exitoso en la creación de materiales para el *role play*. Es

importante, sin embargo, que los instructores planeen sus propios casos basados en las situaciones que enfrentarán los participantes. Por ejemplo, los entrenadores de oficiales de policía con mucha probabilidad crearán situaciones que impliquen perturbaciones familiares. Los trabajadores de líneas telefónicas de urgencia podrían crear casos que impliquen la evaluación del riesgo de totalidad en situaciones de suicidio, y los orientadores pastorales podrían crear casos que impliquen una llamada telefónica al pastor en su casa, o una conversación que podría suceder en un estacionamiento después de una reunión en la iglesia, en tanto que las enfermeras podrían plantear situaciones que acontecen en las unidades de cuidado intensivo o en el corredor del hospital.

Es importante integrar dentro de las instrucciones que se dan al paciente información acerca de la situación, misma que él se revelará si el asistente no es lo suficientemente sagaz como para descubrirla. Por ejemplo, si un estudiante universitario de 21 años está "pensando en acabar con todo eso", es importante escribir material dentro de su relato que exprese si existe o no un plan, si ha habido intentos previos, y la naturaleza a su contacto con otras personas. Sí, por ejemplo, la persona tiene una escopeta utilizada con fines de cacería, ésta es información que usted puede insertar dentro del relato del paciente, para probar y ver si el orientador puede descubrir o no esto en la conversación sobre los primeros auxilios psicológicos.

RESUMEN Y CONCLUSIÓN

Tennine con la petición de que los participantes hagan preguntas o comentarios acerca de temas que les parezcan inconclusos. En tanto que algunos de ellos pueden responderse de manera inmediata, puede ser útil poner otros de los temas en el pizarrón, o invitar a los participantes a conservar sus propias notas acerca de preguntas que tengan, con el fin de analizar esto de manera más amplia, mediante la supervisión, conversaciones con colaboradores, y/o lecturas.

En sus notas de resumen, ponga énfasis en el hecho de que el modelo de los primeros auxilios psicológicos tiene el propósito de organizar la actividad del asistente y funciona como una guía. Aliente a los participantes a desarrollar sus propios estilos individuales dentro del modelo, asegurándose, no obstante, de abarcar los puntos esenciales y dirigirse a los objetivos de proporcionar apoyo, reducir el riesgo de mortalidad y enlazar con otros recursos. •

HOJA DE CODIFICACIÓN DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Instrucciones:

En tanto usted observa al paciente y al orientador, o mientras escucha una cinta de audio, haga notas acerca de enunciados o actividades que se relacionen con uno o más de los componentes de los primeros auxilios psicológicos: contacto, definición del problema, soluciones, acción y seguimiento.

Identifique frases o actividades que sean una contribución positiva al proceso (según el análisis del capítulo 6) con un signo de "más", y aquellas que desmerezcan los objetivos, con un signo de "menos".

Por ejemplo, si el orientador pregunta: "¿O cuánto ha pasado desde que usted perdió su empleo?" y usted juzga que la pregunta es apropiada, usted haría la siguiente anotación:

+ ¿Hace cuánto no trabaja?"

De manera similar, si al final de la conversación el orientador no ha indagado acerca de un plan de suicidio, y si el paciente claramente hizo alusiones a pensamientos que amenazan la vida, usted podría hacer la siguiente anotación:

-Sin indagación con respecto a: el plan.

Tomado de: Slaikeu, K.A., *Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston: Allyn y Bacon, 1990. Reproducido con autorización.

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, conceden permiso al lector para fotocopiar cuadros y gráficas de este libro, con fines de entrenamiento, en tanto se realice una mención apropiada al pie de cada página:

Tomado de: Slaikeu, K.A. *Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston: Allyn y Bacon, Inc., 1990. Reproducido con autorización.

Paciente;	Fecha:	
Orientador:	Hora de inicio:	Hora de terminación:
Observador:		J Comentarios

CONTACTO (1)

COMPORTAMIENTO DEL ASISTENTE:
 Incita al paciente a hablar;
 Pone atención a los hechos y sentimientos;
 Sintetiza/refleja los hechos y sentimientos;
 Hace aseveraciones empáticas;
 Comunica interés;
 Hace contacto/sujeta físicamente al paciente;
 Pone "control tranquilizante" en una situación intensa

PROBLEMA (11)

Indaga acerca del:
 Pasado inmediato;
 Incidente precipitante;
 Funcionamiento CASIC previo a la crisis (fortalezas y debilidades);
 Presente;
 Funcionamiento CASIC actual (fortalezas y debilidades);
 Recursos personales (internos);
 Recursos sociales (externos);
 Mortalidad.
 Futuro inmediato;
 Decisiones inminentes -para esta noche, el fin de semana, los próximos días/semanas.

SOLUCIONES (111)

Pregunto qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora;
 Analiza lo que el paciente puede/podría hacer ahora;
 Planteo más alternativas: un nuevo comportamiento por parte del paciente; una redefinición del problema; asistencia externa (de un tercero); un cambio de ambiente.

ACCIÓN (IV)

Si: a) la mortalidad es baja, y b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces recurre a:
 La actitud facilitadora
 "Hablemos"; "Actúe"; y se da un convenio para la acción entre asistente y paciente.
 Si: a) la mortalidad es alta b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces adopte:
 La actitud directiva
 "Hablemos"; "Yo puedo actuar en beneficio de usted" ; un convenio para la acción podría incluir a la familia y otros recursos comunitarios.

SEGUIMIENTO (V)

SeasegWll de identificar la información;
 Analiza posibles métodos de seguimiento;
 Establece un convenio para volver a contactar.

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, conceden permiso al lector para fotocopiar cuadros y gráficas de este libro, con fines de entrenamiento, en tanto se realice una mención apropiada al pie de cada página:

Tomado de: Slaikeu, K.A. *Crisis intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston: ADyn y Bacon, Inc., 1990. Reproducido con autorización.

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, conceden permiso al lector para fotocopiar cuadros y gráficas de este libro, con fines de entrenamiento, en tanto se realice una mención apropiada al pie de cada página:

Tomado de: Slaikeu, K.A. *Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston: ADyn y Bacon, Inc., 1990. Reproducido con autorización.

Duración: Tres horas.

Lecturas: Capítulos 8 y 9.

Material de lectura: Fotocopia del cuadro 8-2, "Resumen de la evaluación de crisis".

Ejercicios: 1) Entrevista de evaluación. Divida al grupo en triadas (como en el Módulo Dos), e identifique a un paciente, un asistente y un observador en cada uno de los grupos.

Dé instrucciones verbales a todos los participantes, como sigue:

"Éste es un ejercicio encaminado a la comprensión de las dimensiones de la crisis, y a la evaluación del impacto de un incidente de crisis en varios aspectos del funcionamiento del paciente. A aquellos de ustedes que estén en el papel del paciente se les pide que piensen en cualquier situación de crisis con la que ustedes estén muy familiarizados. Lo más probable es que esto se refiera a un paciente con el que ustedes ya han trabajado, aunque también podría ser una experiencia de crisis por parte de un miembro de su familia, un amigo o un vecino. A ustedes se les pedirá que hablen acerca de estas crisis con gran detalle, así que elijan una situación acerca de la cual tengan una gran cantidad de información. En este ejercicio ustedes pueden lo mismo representar el papel del paciente en primera persona (y decir, por ejemplo, "recibí la información de parte del doctor un viernes en cuanto a que yo debería ir con él el lunes en la mañana para someterme a unas pruebas"), que contar el relato como un informe (y decir, "Esta persona recibió una llamada por parte del doctor el viernes, y se le dijo que regresara para unas pruebas el lunes por la mañana")."

"Asistentes, ustedes van a entrevistar al paciente y a intentar deducir tantos pormenores como sea posible acerca de la naturaleza de la crisis, los antecedentes inmediatos y su impacto sobre la vida de la persona. Esta breve entrevista durará alrededor de 30 a 40 minutos, así que hagan tantas preguntas como puedan en ese tiempo."

"Observadores, el trabajo de ustedes es registrar tanta información como les sea posible acerca de qué es lo que el asistente evoca de parte del paciente. Hagan uso de su conocimiento de la teoría de la crisis y registren todo lo que ustedes creen que es importante."

"Después de aproximadamente 30 a 40 minutos de la representación de roles/entrevista, analicen la información generada y utilicen su copia del cuadro 8-2 (material informativo) como guía. Comiencen con el primer tema ("1. Incidente precipitante") y llenen el formulario basados en la información que se generó. Tomen aproximadamente 30 minutos para hacer esto."

Después de la entrevista/representación de roles, y de las discusiones en las triadas, reúna de nuevo a todos los participantes para una

discusión grupal y para plantear preguntas/respuestas con respecto a temas como los siguientes:

—¿Cuáles aspectos de la crisis fueron los más fáciles de identificar para los entrevistadores (por ejemplo, el incidente precipitante, los componentes afectivos)?

—¿Cuáles temas del resumen de evaluación de la crisis (cuadro 8-2) no fueron planteados por los entrevistadores?

—¿Cuáles aspectos de la evaluación de la crisis hallaron ustedes como los más fáciles y cuáles como los más difíciles de identificar?

—¿Cuáles partes de la información se obtienen mejor del paciente y cuáles a través de las otras personas significativas en la vida de éste, como miembros de su familia, sus amigos, el clero?

· Variaciones: a) Haga que los participantes completen el cuadro 8-2 con respecto a cualquier paciente con el que ellos estén muy familiarizados. Haga que esto se complete como una tarea para la casa, y entonces conduzca una discusión en grupo (como la que se señaló antes) que se enfoque en las dificultades en la evaluación y en las maneras de recopilar la información.

b) En lugar de dividir al grupo en triadas, tenga una representación de roles predispuesta (o una entrevista de tipo informativo) de un paciente, pidiendo que todos los participantes funcionen como observadores, y que escriban tanta información como les sea posible. Entonces realice un "cuestionario" o "prueba" oral del grupo completo, con preguntas acerca de la información identificada en el cuadro 8-2. Por ejemplo: ¿Cuál fue el incidente precipitante en este caso? Registre las preguntas en el pizarrón, utilizando la representación del rol del paciente como el último juez con respecto a si las respuestas son correctas o no. "Califique" a la clase al preguntar cuántos identificaron el incidente precipitante, y así en lo sucesivo.

c) Cree una cinta de vídeo de un paciente al que entrevista un médico clínico, y haga que todos los participantes registren la información (como se indicó antes) y realicen una discusión similar en grupo.

Ejercicios: 2) Planeación del tratamiento. Divida al grupo de nuevo en triadas (y coloque esta vez a los individuos unos con otros) y dé a cada grupo una boja en la que se describa con cierto detalle a un paciente en crisis. Esto podría ser a partir de un caso creado por el instructor, el cual esté preparado para los ambientes de trabajo de los participantes. Como guía para la clase de detalles que se incluirán, vea el ejemplo de caso del capítulo 9, agregando el material subsiguiente, aunque deteniéndose en el encabezado del "tratamiento". Pida al grupo que llene la Sección VII ("Plan de tratamiento") del cuadro 8-2, y que especifiquen las estrategias para la supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales. Permita que baya de 20 a 30 minutos para la actividad en pequeños grupos. Cuando los grupos se vuelvan a reunir, conduzca una discusión de los objetivos y estrategias para este caso. Utilice el material del capítulo 8

como una guía para los principales rubros dentro de cada una de las cuatro tareas. Por ejemplo, la supervivencia física pone atención en la relajación, la nutrición y el ejercicio, además de la protección contra el comportamiento que amenaza a la vida. Si el caso implicara, por ejemplo, a un paciente que regresa a su casa después de una cirugía, evalúe los planes de tratamiento según la atención que en los mismos se pone a estas dimensiones en cuanto a este paciente en particular.

MÓDULO CUATRO: FACILITAMIENTO DE LAS CUATRO TAREAS

Objetivos: Incrementar las habilidades de los asistentes en la orientación de los pacientes a través de cada una de las cuatro tareas para la resolución de la crisis (supervivencia física, manejo de los sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales).

Duración: 17 horas (cuatro unidades de cuatro horas o más cada una).

Lecturas: Las mismas que para el Módulo Tres.

Material Informativo: Hoja de Trabajo para la Supervivencia Física. Hoja de Trabajo para el Manejo de Sentimientos. Hoja de Trabajo para el Dominio Cognoscitivo. Hoja de Trabajo para las Adaptaciones Conductuales/Interpersonales.

Objetos: La siguiente serie de situaciones de representación de roles tiene el propósito de dar a los participantes una oportunidad de practicar la guía que se ofrece a los pacientes a través de las cuatro tareas para la resolución de la crisis. Es, por supuesto, imposible reproducir los distintos matices del orden y de los roles en cualquier interacción terapéutica "real", aunque esta representación de roles puede dar una experiencia intensa en cada uno de los componentes de la terapia para crisis, en mucho como cuando un atleta practica segmentos específicos de su deporte (por ejemplo, los saques en el tenis, los mismos que el golpe directo, el de revés, la volea y los tiros por encima de la cabeza del rival) antes de entrar en una competencia real.

Divida al grupo en triadas, con asistentes, pacientes y observadores en cada uno. Utilice los mismos hechos del caso que para el Módulo Tres ("Planeación del tratamiento"), o cree uno nuevo. Por motivos de continuidad, sin embargo, utilice el mismo caso en los cuatro ejercicios que se proponen más adelante.

Las instrucciones en cuanto a las triadas son: para el paciente, que analice los síntomas, para el asistente que oriente o asesore para llevar a la práctica un plan de tratamiento, en tanto que el observador conserva las anotaciones acerca del progreso que se obtiene, lo mismo que con respecto a los obstáculos y las preguntas por plantear, con el registro de la información en las hojas de trabajo para supervivencia física, sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales, respectivamente.

D) Supervivencia física. Haga que los asistentes y observadores salgan del local; reúnanse a solas con todos los participantes que representarán el papel del paciente. Inste al grupo a que ayude a crear una lista de síntomas físicos relacionados con el funcionamiento del paciente: por ejemplo, tensión física debida a la ansiedad, la ira y/o ambas, [dolores en la espalda y la nuca, rechinar los dientes por la noche, lo que conduce a la ruptura de las piezas dentales en un adulto de mediana edad, insomnio e incapacidad para comer (o exceso en la ingestión de alimentos)].

Haga que las triadas vuelvan a reunirse para su representación de roles en un grupo pequeño, y que continúen por 20 o 30 minutos, con otros 10 minutos para la discusión en triadas. Vuelva a reunir al grupo completo para la discusión (de 20 minutos) que conlleve los siguientes asuntos:

- Resumen de los síntomas que se identificaron.
- Procedimientos que podrían utilizarse para tratar los síntomas (por ejemplo, relajación muscular profunda, ejercicio aeróbico, y/o ambos, para manejar la tensión muscular).
- Resistencia que opone el paciente, y cómo manejarla (por ejemplo, con técnicas paradójicas).

2) Manejo de los sentimientos. Reúnanse a solas de nuevo con los pacientes, para crear los componentes afectivos de la crisis. Por ejemplo:

"Creemos una situación ahora en la que Susan esté hablando con el orientador. y, al escuchar su relato, se pone muy en claro que ella tiene numerosos sentimientos confusos y conflictivos acerca de la horrible noticia que ha recibido, a saber, que su esposo ha sido acusado de abusar sexualmente de la hija de ella (hijastra, para el marido):

Divida al grupo grande en triadas y siga el mismo formato de 20 a 30 minutos de representación de roles, 10 minutos de discusión en triadas y después una discusión con el grupo completo (20 minutos) acerca de las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles sentimientos se identificaron?
- ¿Qué dijo el orientador para identificar los sentimientos, y cómo respondieron los pacientes a estas indagaciones?
- ¿Cuál es el rango de comportamiento del orientador que puede utilizarse para identificar los sentimientos?
- ¿Qué cambios en cuanto al efecto se observaron en el paciente durante esta representación de roles?
- ¿Qué vías, si hubo alguna, se sugirieron para la expresión y manejo y sentimientos fuera de la sesión de terapia?
- ¿Cuáles son las posibles vías apropiadas que podrían proponerse a los pacientes en situaciones como ésta?

3) Dominio cognoscitivo. Enfoque la tercera ronda de representación de roles en asuntos cognoscitivos al compendiar una o más de las dimensiones cognoscitivas en el caso.

Revise junto con los clientes las dimensiones cognoscitivas del caso. Por ejemplo:

"Piensa qué podría estar sucediendo en el nivel cognoscitivo de nuestro paciente. Susana. Veamos si podemos estructurar tu confusión o el conflicto de tipo cognoscitivo para ella, y después insertarlo dentro de la representación de papeles en triadas. cuando reanudem la sesión en unos minutos. La clase de material que pudiera generarse podría incluir lo siguiente:

susana pasa por un momento duro para creer que su nuevo esposo sería capaz de algo así, aunque ella sabe que los hechos apuntan a la implicación sexual de él con la hija de ella. Para colmo, ella está horrorizada con el pensamiento de que todo esto se revele públicamente. y con el hecho de que su marido pudiera ir a la cárcel, y no sabe qué haría si esto llegara a suceder. Éste es el segundo matrimonio de ella, y cree que en el punto actual se encuentra ante un riesgo muy grande, no quiere cometer "el mismo error otra vez" y teme que esta clase de situación va a demostrar ciertamente que ella lo ha cometido. Susana se pregunta qué está mal en ella que todo esto acontece en su vida, y se concentra más en lo que la situación dice acerca de ella que en el peligro para su hija. aunque esto también le preocupa. Ella cree que su hija bien pudiera ahora estar marcada para el resto de su vida, y que será incapaz de tener una relación sexual positiva como adulta."

Ponga a las triadas a representar los roles de esta situación (20 o 30 minutos de representación, 10 minutos de discusión) y después continúe con la discusión con el grupo grande (en 20 minutos) con respecto a asuntos como los siguientes:

- a) ¿Qué creencias o percepciones surgieron acerca de esta situación?
- b) ¿Cuáles fueron las correcciones cognoscitivas que requirieron estas creencias, por ejemplo nueva información, reafirmación, hablar acerca de las preocupaciones, controvertir las creencias irracionales?
- c) ¿Qué técnicas utilizó el asistente para identificar y "tratar" la dimensión cognoscitiva de la crisis?
- d) ¿Qué otras técnicas podrían haberse utilizado?
- e) ¿Qué problemas particulares planteó este paciente, en términos de sensibilidad ante las estrategias utilizadas?

4) Adaptaciones conductuales/interpersonales. Cree uno o más segmentos de interacción terapéutica que se enfoquen sobre los aspectos conductuales e interpersonales de la crisis. Esto puede hacerse en tiempo anticipado o, como se propone antes, al hacer que salgan del lugar los asistentes y observadores, y hablar de manera directa con los pacientes acerca de algunas posibles dificultades en el comportamiento que podrían relacionarse con este caso. Por ejemplo, en el caso que se describe antes, los pacientes podrían enfocarse en lo siguiente:

Susana tiene que decidirse cómo relacionarse con su esposo, ahora que esta información salió a la luz. También tiene que decidir qué le dirá a su hija, y cómo vivirán juntas una con la otra en la casa (o incluso si ellas vivirán juntas) en tanto que la investigación por parte del servicio social continúa, y mientras prosigue el caso en la corte. Susana está muy confundida con respecto a todo esto, y ha revuelto todo junto (sentimientos, pensamientos y comportamiento). de tal manera que ella necesita ayuda para crear y llevar a la práctica un plan de comportamiento.

Envíe a los pacientes de regreso a las triadas para continuar la representación de roles de 20 a 30 minutos, luego 10 minutos de discusión en las triadas y después la discusión amplia (durante 20 minutos) acerca de temas como los siguientes:

- a) ¿Qué necesidades de comportamiento se identificaron durante las situaciones en la representación de roles?
- b) ¿Cómo identificó el asistente las necesidades de comportamiento (qué preguntas se hicieron, o si la información fue proporcionada de manera voluntaria)?
- c) ¿El asistente puso énfasis de manera específica en cuanto a que éstos eran problemas de comportamiento, separados de los conflictos cognoscitivos y afectivos, y, si así fue, cómo respondió el paciente ante esto?
- d) ¿Qué estrategias de comportamiento o planes al respecto se propusieron para manejar los problemas que se identificaron?
- e) ¿Qué progreso se logró en la sesión al comenzar las adaptaciones de comportamiento?
- f) ¿Qué otras estrategias podrían haberse utilizado?
- g) Sintetice el curso de la adaptación conductual/interpersonal para este paciente.

Variaciones: Práctica más amplia: En el tiempo que resta haga variaciones, de manera que los "nuevos" asistentes tengan una oportunidad para practicar y lograr retroalimentación.

a) Asigne una tarea para la casa que consista en analizar las resoluciones para la crisis que se presentan en trabajos de ficción y realismo, con particular atención a las categorías de evaluación en el cuadro 8-2, lo mismo que en el curso que logró el individuo dentro de las cuatro tareas para la resolución de la crisis, y con respecto al resultado alcanzado (todo ello descrito en los capítulos 2 y 8). Puede tratarse de informes escritos, o presentados al grupo en forma de informe oral. En tanto que pocos libros, representaciones o artículos describirán todas las características de las crisis presentadas en los capítulos 2 y 8, la mayoría se enfocará en uno o más de los aspectos relevantes [por ejemplo, los asuntos inconclusos generados por la muerte de un padre en la obra de Arthur Miller *The Price* (El precio, 1985), la necesidad de hallar maneras de enfrentarse al dolor físico grave, que sobreviene a las quemaduras en un accidente aéreo (Breslau,

1977)). Sugiera usted que los infonnes se enfoquen sobre los aspectos de la teoría de la crisis que se identifican en estos trabajos de literatura, con especulaciones con respecto a por qué no se describen ciertos aspectos.

b) Haga que miembros del grupo representen casos acerca de distintos tipos de crisis (por ejemplo, de violación, desempleo, retiro del ámbito laboral) y conduzca una discusión grupal acerca de los probables componentes de los planes de tratamiento para estas crisis. Las presentaciones de casos pueden servir de la experiencia clínica de los miembros del grupo, lo mismo que de la literatura (por ejemplo, el cuadro 4-1, "Crisis circunstanciales").

e) Inste a la presentación de casos por parte de los miembros del grupo con respecto a la resolución natural de las crisis, estos es, sin intervención terapéutica, con la identificación de distintos aspectos de la resolución que corren paralelos, complementan o, en algunos casos, contradicen (como "excepciones a la regla") la planeación del tratamiento descrita en el capítulo 8. Las biografías y otros trabajos de tono realista con frecuencia hacen una leve referencia a uno o más aspectos de la resolución que tienen un significado especial para los terapeutas de crisis [por ejemplo, la madre de un niño ciego que decide que su hijo tendría que "aprender a cuidar de sí mismo" y después da cumplimiento a este plan (la adaptación en el comportamiento, dentro de nuestro modelo)].

d) Los participantes, de manera individual, pueden comenzar a entrenarse con un claro entendimiento de los aspectos de la terapia para crisis acerca de los cuales les gustaría recibir una retroalimentación más intensiva. Estos componentes específicos pueden dividirse en secciones en el proceso y extraerse hacia una situación de representación de roles. Por ejemplo, un terapeuta podría poner atención al enlace entre las percepciones y varios estados afectivos, y hablar acerca de éstos con el paciente. Pida al terapeuta-entrenando que abandone el local y cree estos componentes dentro de una representación de roles, entonces siga los mismos procedimientos para ésta y para la retroalimentación que se presentaron antes.

e) Las cuatro hojas de trabajo que se utilizaron para este módulo también pueden aplicarse a la supervisión ya en curso sobre los terapeutas para crisis. Después de una fase de evaluación (con la utilización del material del cuadro 8-2), el supervisor puede hacer que el supervisado llene las distintas hojas de trabajo en los periodos entre sesiones de trabajo y las utilice como guía para analizar las cintas de audio o vídeo de las sesiones.

UNA NOTA FINAL: FLEXIBILIDAD

El entrenamiento en terapia para crisis probablemente será siempre un complemento o agregado de otro entrenamiento profesional sobre orientación o psicoterapia. También, el modelo de terapia para crisis

que se presenta en este libro, claramente hace uso de cierto número de otras tradiciones terapéuticas (cuadro 8-3 y Apéndice "C", Glosario de Técnicas de Terapia para Crisis). Esto significa que cualquier programa de entrenamiento, lo mismo si es de unas horas o varios días de duración, debería ser flexible en cuanto a la equiparación de las características esenciales del modelo de crisis con las fortalezas y debilidades de los entrenandos. Como se indicó en cada uno de los módulos precedentes, existe un ámbito considerable para los instructores en cuanto a crear nuevos casos y estructurar representaciones de roles y demostraciones para exponer rasgos particulares del modelo. La implicación principal, por tanto, es, para los instructores, que adopten un enfoque flexible por completo al planear cualquier secuencia de entrenamiento. Algunos utilizarán los ejercicios de los módulos como un estímulo para la creación de programas de entrenamiento que integren los principios de la intervención en crisis dentro del trabajo habitual de los entrenandos. •

Cuadro Z0-1. Hoja de trabajo para la supervivencia física

Descanso con relajación:

_____ Méllldos anteriores (con la inclusión del consumo de alcohol y drogas): _____

_____ Méllldos recomendados de manera reciente (porejemplo, relajacióp muscular profunda, haJha yoga): _____

Nutrición:

_____ Identifique los cambios en la dieta que se integrarán a la planeación del tratamienlll:

Ejercicio:

_____ Identifique los cambios en la rutina de-ejercicio que serán parte de la planeación del tratamiento: _____

Otras observaciones: _____

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, conceden penniso al lector para fotocopiar cuadros y gráficas deestelibro, con fines deentrenamiento, en tanto se realice una mención apropiada al pie de cada página:

Tooiado de: Slaikeu, K. A. *Crisis inlervention: A Handbook for Practice (Jlld Research*: Boston: Allyn y Bacon, [ne., 1990. Reproducido COI,1-autorización.

Cuadro Z0-2. Hoja de trabajo del manejo de sentimientos

Los sentimientos más sobresalientes relacionados con esta crisis son: _____

Las estrategias para el manejo de sentimientos que se integrarán al plan de tratamiento: _____

Otras observaciones: _____

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, conceden permiso al lector para fotocopiar cuadros y gráficas deestelibro, con fines de enb:enamamiento, en tanto serealice una mención apropiada al pie de cada página:

Tooiado de: Slaikeu, K.A. *CrisiSinlervention: A Handbooi:for Practice and Research*. Boston: Allyn y Bacon, Inc., 1990. Reproducido con autorización.

Cuadro Z0-3. Lista de verificación de sentimientos

Encierre en un círculo los sentimientos presentes:

Abandono	Aturdimiento	Impulsividad	Remordimiento
Maltrato	Desconfianza	Inadecuación	Represión
Aceptación	Condenación	Incompetencia	Repulsión
Cariño	Dubitación	Ineficiencia	Intranquilidad
Temor	Ensoñación	Inhibición	Tristeza
Enajenación	Entorpecimiento	Inseguridad	Disipación
Ambivalencia	Enfurecimiento	In:acionalidad	Timidez
Ira	Erratismo	hrltabilidad	Estimulación
Antagonismo	Euforia	Aislamiento	Susplicacia
Ansiedad	Exclusión	Celos	Tensión
Aparía	Explotación	Letargo	Confianza
Aprensión	Miedo	Soledad	Descoordinación
Amargura	Olvidadizo	Inadaptación	Infelicidad
Aburrimiento	Libertad	Melancolía	Desmotivación
Competitividad	Frustración	Mal humor	Improductividad
Compulsividad	Volubilidad	Opresión	In:acionalidad
Confusión	Melancolía	Paranoia	Insociabilidad
.Defensividad	Codicia	Pasividad	Inestabilidad
Depresión	Culpa	Perseverancia	Trastorno
Desposeimiento	Esperanza	Preocupación	Engaño
Desaliento	Desesperanza	Presión	Vulnerabilidad
Decepción	Htilidad	Rebelión	Retraimiento
Insatisfacción	Daño	Pesar	Inquietud
	Histeria	Rechazo	

Fuente: Slaikeu y Lawhead, 1980.

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, concede a permisió al lector para fotocopiar cuadros y gráficas de este libro, con fines de entrenamiento, en tanto se realice una mención apropiada al pie de cada página.

Tomado de: Slaikeu, K.: *A Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston: Allyn y Bacon, Inc., 1990. Reproducido con autorización.

Cuadro 20-4. Hoja de trabajo del dominio cognoscitivo

Síntesis de hechos objetivos de la crisis: _____

Significados e interpretaciones con respecto a estos incidentes por parte del paciente: _____

Cogniciones que tendrán que ser cambiadas o adaptadas: _____

Plan de tratamiento para modificar las cogniciones (por ejemplo, lecturas, controversias, discusiones con el terapeuta, canalización hacia el clero,): _____

Otras observaciones: _____

FOTOCOPIADO DE CUADROS Y GRÁFICAS

El autor y el editor, por este medio, conceden permiso al lector para fotocopiar cuadros y gráficas de este libro, con fines de entrenamiento, en tanto se realice una mención apropiada al pie de cada página.

Tomado de: Slaikeu, K. A. *Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. Boston: Allyn y Bacon, Inc., 1990. Reproducido con autorización.

Este llamado a la conformación de un modelo en el ámbito de la crisis necesita analizarse en el entorno más amplio del proceso de la investigación de la ciencia del comportamiento. En el informe de Gottman (1979) acerca del estudio sistemático de la interacción matrimonial, se esbozan cuatro fases de investigación:

1. Descripción del fenómeno de la vida real (por ejemplo, cómo las parejas casadas interactúan en situaciones clínicas contra situaciones no clínicas, o las crisis vitales tal como surgen en distintos ambientes comunitarios);
2. Sucinta presentación del fenómeno, descrito en términos de un "modelo";
3. Poner a prueba el modelo para ver que no sólo describe la información existente, sino que también permite la predicción del comportamiento futuro; y,
4. La formulación de una "teoría" que lo mismo haga explicaciones que predicciones.

El modelo de crisis que se presenta en este libro sirve a dos propósitos. Su función inmediata es compendiar el conocimiento existente, de tal manera que los trabajadores comunitarios de primera línea y los terapeutas puedan manejar las crisis vitales de sus pacientes de un modo tan claro y directo como sea posible.

Al mismo tiempo, el modelo representa la fase dos del paradigma de la ciencia del comportamiento de Gottman, y, a partir de esto, establece el campo para investigaciones que de modo más amplio pondrán a prueba y depurarán el modelo. El modelo de intervención en crisis descrito en los capítulos 5, 6 y 8 se desarrolló a partir de estudios descriptivos y práctica clínica en situaciones de crisis, y sus características formales fueron planeadas para encauzar las necesidades expresadas por Auerbach y Kilmann (1977) y otros (Butcher y Koss, 1978; Korchbi, 1976). El diagnóstico multimodal de la crisis (capítulo 8) nos permite clasificar a los individuos a partir de si están dentro o fuera de una crisis, para rastrear la experiencia de ésta (en términos de los cinco subsistemas CASIC) al paso del tiempo, y para especificar estrategias apropiadas de tratamiento. El modelo, por tanto, proporciona una estructura general para jerarquizar un amplio conjunto de crisis circunstanciales y del desarrollo, y también para la investigación de la relación entre las estrategias del tratamiento específico y distintas mediciones del resultado. Dos líneas de indagación son importantes dentro de la futura investigación sobre intervención en crisis: los estudios que investigan la naturaleza de las crisis vitales que utilizan una estructura multimodal, y las investigaciones que enlazan las variables de proceso y resultado.

NATURALEZA DE LAS CRISIS VITALES

En los capítulos anteriores se incluyeron secciones de investigación que ponen de relieve algunas de las orientaciones más promisorias para los estudios futuros acerca del inicio, desarrollo y resolución de las crisis vitales, con o sin intervención formal externa. Como hemos precisado a través del libro, sin embargo, con el fin de incrementar el conocimiento, la información debe recopilarse cubriendo todos los subsistemas de las personas: conductual, afectivo, somático; interpersonal, cognoscitivo; incluyendo el contexto social de la crisis. Para diversas crisis situacionales y del desarrollo el primer paso sería categorizar el

Cuadro 21-1. Funcionamiento post-riesgo: Impacto a largo plazo de la violación*

Modalidad	Variables
Conductual	<p>Cambio en los patrones de sueño (49%, 10), (51%, 11)</p> <p>Encienden el radio o la televisión cuando están solas (8)</p> <p>Ausentes del trabajo en por lo menos dos semanas (21%, 11)</p> <p>Cambio o abandono del trabajo en el transcurso de seis semanas (43%, 5)</p> <p>Cambio de residencia (76%, 11), (48%, 4)</p> <p>Cambio de número telefónico (4)</p> <p>Sin cópula en el transcurso de seis meses posteriores al ataque (38%, 6)</p> <p>Frecuencia de la cópula:</p> <ul style="list-style-type: none"> sin cambio: 19% (6) descenso: 30% (6) incremento: 7% (6) <p>Cambio en los hábitos de alimentación (57%, 4), (70%, 11)</p> <p>Intento de suicidio o consumo de drogas y/o alcohol (22%, 5)</p> <p>Suicidio (7%, 9)</p>
Afectiva	<p>Algunos registros de ansiedad rasgo y estado (8); temores específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> temor de estar sola temor de ser despertada en la noche temor de salir con otras personas <p>Traumas fobias (4):</p> <ul style="list-style-type: none"> temor a estar en interiores temor de estar sola en casa (40%) temor a las multitudes temor a las personas colocadas detrás de la mujer que fue víctima de la violación <p>Sentimiento de inseguridad en la zona residencial (3)</p> <p>Ansiedades relacionadas con el sexo (4)</p> <p>Temor a los hombres (42%, 9)</p> <p>Hostilidad hacia los hombres (17%, 9)</p> <p>Descenso en la satisfacción a partir de las actividades sexuales (7)</p> <p>Tristeza (5)</p>
Somática	<p>Descenso en la libido (31%, 17), (61%, 2)</p> <p>Dificultades lo mismo para experimentar cualesquier emociones sexuales que para tener orgasmos durante la relación sexual (41%, 6), (23%, 2, 33% > 1)</p> <p>Dolor e incomodidad durante la cópula (25%, 6) (15%, 2)</p> <p>Fatiga y agotamiento, bajo nivel de energía (5).</p>
Interpersonal	<p>Visita a sus padres (48%, 4)</p> <p>Solicitudes de apoyo emocional de parte de los amigos (20%, 4)</p> <p>Desconfianza en las relaciones heterosexuales (23% > 1, 9)</p> <p>Disminución en la iniciación de la cópula (6)</p>

Cuadro Z1-1. Funcionamiento poscrisis: Impacto a largo plazo de la violación (continuación)

Modalidad	Variables
Cognoscitiva	<p>Pesadillas (32%, 3). (49%, 11)</p> <p>Preocupación por la opinión negativa de parte de otros que son significativos en la vida de la víctima (6)</p> <p>Imágenes retrospectivas sobre el ataque (11) (la cópula) (6)</p> <p>Aversión al sexo (13)</p> <p>Baja autoestima (12)</p> <p>Perepciones de sí misma en el sentido de estar enajenada, aislada (13)</p> <p>Vergüenza (13)</p> <p>Culpa (13)</p>

*Tomado de *Wanenin crisis: A reformation of the rape trauma syndrome*, R. Striegel-Moore y K. Slaikeu. *MDI/III SCrito no publicado*, Derechos de Reproducción, R. Striegel-Moore, 1982. Reproducido con autorización.

Las variables desuualidad han sido incluidos bajo cada uno de los encabezados de las cinco modalidades según se enuncian en el texto de la información; por ejemplo, el descenso en la "frecuencia" de la cópula (se lista bajo el encabezado de "Cambios en el comportamiento") y el "dolor" durante la cópula (que se lista bajo la modalidad Somática). Cuando un síntoma parece encajar dentro de más de un encabezado, sus características se utilizan para determinar en cuál de ellos encaja mejor (por ejemplo, el descenso en "iniciar" la cópula, que se lista bajo la modalidad Intapersonal).

Nota: El primer número indica el número de individuos con el síntoma; el segundo número corresponde al (a los) aut(ot) (es) (se listan más adelante).

Referencias: 1) Bait, 1975

2) Beclrer, Abel y Skinnei-, 1979

3) Burgess y Holmstrom, 1973

4) Burgess y Holmstrom, 1974a

5) Burgess y Holmstrom, 1974b

6) Burgess y Holmstrom, 1979

7) Feldman-Summers, Gordon y Meagher, 1979

8) Kilpatrick, Veronen y Resik, 1979b

9) Medea y thompson, 1974

10) PetCIS, 1973

11) Peters, 1975

12) Veronen y Kilpatrick, 1980

13) Los síntomas a los que se les ha asignado este número han sido descritos por varios investigadores; sin embargo, la información cuantitativa no fue mencionada. Para una descripción sintetizada, se remite al lector a Katz y Mazur, 1979.

conocimiento existente con la utilización de la estructura multimodal. Por ejemplo, el cuadro 21-1 resume la bibliografía existente acerca de los efectos a largo plazo de la violación, según nuestros cinco subsistemas CASIC de la persona (tomado de Striegel-Moore y Slaikeu, 1982). Como pronostica la teoría de la crisis, una revisión de los estudios recientes indica que la violación puede tener efectos negativos notables sobre la rutina diaria de una mujer, sus sentimientos de bienestar físico, sus relaciones interpersonales y su funcionamiento cognoscitivo. De manera desafortunada, no es posible extraer conclusiones claras de los factores que contribuyen al resultado positivo y al negativo, puesto que ninguno de los estudios repasados recopilaba información acerca de las

cinco modalidades, el seguimiento se llevó a práctica en diferentes momentos, y la información no estaba disponible hasta un punto en el cual se pudiera saber si las víctimas de violación complementaron o no las cuatro tareas para la resolución de las crisis descritas en este libro.

Un rumbo para la investigación futura podría ser recodificar la información de los estudios previos acerca de los efectos de corto y largo plazo para la violación, con la utilización de las categorías multimodales. El mismo procedimiento podría aplicarse a la información disponible con respecto a otros trastornos, como el trastorno por estrés posttraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) (Williams, 1980). Por ejemplo, el análisis de contenido de la información de entrevistas con víctimas de violación o con veteranos que padecen el PTSD, podría medir los trastornos (o, a partir de ello, la falta de los mismos) en el funcionamiento CASIC de los sujetos (meses o años después de la experiencia de violación o combate) y relacionar esto con los informes de los sujetos acerca del punto hasta el cual completaron o no las cuatro tareas para la resolución de las crisis, descritas en el capítulo 8. Uno haría la hipótesis de una relación inversa entre el progreso sobre las cuatro tareas y la existencia de síntomas psiquiátricos en los meses y años siguientes al (a los) incidente(s), lo mismo si el trauma es por violación o por combate.

Se necesita elaborar guías de evaluación que de manera confiable midan el funcionamiento CASIC, y que también rastreen el progreso del paciente en cuanto a gestionar aspectos específicos de las cuatro tareas para la resolución de la crisis. Como un comienzo, algunos cuestionarios clínicos disponibles de manera expedita, como el SCL-90R (Derogatis, 1976), pueden utilizarse según los cinco subsistemas CASIC, aun cuando aquellos no se hayan planeado de manera específica para este fin. Reid y otros (1982) elaboraron una Guía de Evaluación CASIC para Crisis basados en las modalidades que se describen en el capítulo 2 de este libro, y Reid (1984) recopiló información de confirmación preliminar al comparar esta herramienta con la Escala de Crisis de Halpem (1975), la Guía de Evaluación de la Personalidad de Eysenck (1968, 1970) y la Guía de Evaluación de la Personalidad de la Ansiedad de Rasgo-F. estado de Spielberger (1973). Sobre la base de una muestra de 589 individuos de establecimientos de consulta externa de práctica hospitalaria y familiar (lo incluye un rango completo de crisis intermedias, lo mismo que por ataque sexual y en pacientes que de manera reciente se quedaron sin empleo), se halló que la Guía de Evaluación CASIC para Crisis tuvo una mayor validez que las guías de evaluación que sólo medían estrés y ansiedad. Esta herramienta, por tanto, mantiene el compromiso de ser un instrumento de evaluación para pacientes en crisis, y para medir el resultado después del tratamiento. Cualquiera que sean los instrumentos que se utilicen, nuestra visión es que recopilamos información multimodal sobre el curso de las "crisis vitales" tiene el potencial de aportar mayor rigor a la selección de las estrategias de tratamiento que actualmente existen. Si nosotros podemos generar más conocimiento acerca de cómo los incidentes precipitantes afectan el funcionamiento individual en todas las cinco modalidades, lo mismo que con respecto a cómo colaboran los individuos las crisis específicas -tanto si son circunstanciales, como en la violación, o del desarrollo, como una jubilación no deseada-, entonces podemos depurar las pautas para el tratamiento de aquellos que necesitan asistencia externa.

ESTUDIOS SOBRE EL PROCESO Y EL RESULTADO

Una verdadera prueba de la eficacia de las distintas estrategias de intervención solamente puede llegar mediante estudios que vinculen el proceso y el resultado en la misma investigación (Auerbach y Kilmann, 1977; Slaikeu y otros, 1975). El cuadro 21-2 sintetiza las etapas en las cuales podemos medir el desempeño del asistente y el progreso del paciente a través del curso de la crisis vital de este último. De modo congruente con la distinción entre los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis, podemos medir variables del proceso en dos puntos: durante los primeros auxilios psicológicos (Proceso 1) y durante la terapia para crisis (Proceso 2). De manera similar, cada intervención presenta al menos dos oportunidades para medir el resultado. La primera es justo al final de una entrevista/contactación telefónica/conversación de primeros auxilios psicológicos (resultado 1a); en tanto que la segunda llega varios días después (Resultado 1b). El resultado de la terapia para crisis se mide primero en la terminación de las sesiones formales de terapia (Resultado 2a), y puede mirarse de nuevo en las subsiguientes semanas, meses, años (Resultado 2b, 2c, 2n). (Véase también Viney y otros, 1985a, 1985b). Las variables listadas en el cuadro 21-2 se basan en conceptos teóricos y estrategias de intervención que se utilizaron en nuestra anterior descripción del modelo amplio de intervención en

crisis. Las distintas estrategias presentadas en los capítulos 6 y 8 para los primeros auxilios psicológicos y la terapia para crisis, respectivamente, se convierten en variables del proceso dentro de una estructura de investigación. De modo similar, los objetivos de los primeros auxilios psicológicos -proporcionar apoyo, reducir la mortalidad, enlace con un recurso de apoyo- son en realidad variables de resultado para este aspecto de la intervención en crisis. El objetivo anhelado para la terapia para crisis -la resolución de ésta, definida como la integración del incidente de crisis dentro de la trama de la vida y la apertura/disposición del paciente para encarar el futuro- llega a ser el principal criterio de resultado para la investigación de este tipo de terapia. Las principales variables de proceso para la terapia para crisis implican el comportamiento del paciente orientado hacia las cuatro tareas para la resolución de la crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo, adaptaciones conductuales interpersonales; y el trabajo del terapeuta encaminado a facilitar estas actividades de trans laboración. ES razonable que algunas investigaciones analicen solamente una parte de la situación total; por ejemplo, las variables de proceso en los primeros auxilios psicológicos (Proceso 1), en tanto que otras tomarán en cuenta la realización entre las variables de proceso y de resultado, cómo son el enfrentamiento del paciente (Resultado 1a), como una función del desempeño del asistente con respecto a los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos (Proceso 1).

Proceso 1: Primeros auxilios psicológicos

El contacto inicial entre el paciente en crisis y el asistente proporciona la primera oportunidad para estudiar cómo pide ayuda aquél, y también el tipo de asistencia que proporcionan los orientadores. Las variables del proceso 1 pueden medirse a partir de las interacciones derivadas del contacto de los primeros auxilios

iones de entrevistas en vivo. Semiden psicológicos (PAP), mediante servac el de la naturaleza de la crisis del dos con lutos de variables. El primero es, ma Jo mismo- a) si un incidente paciente. Si es esta en crisis o no se detalla te suficiente (astomo/deseqñi- precipitante puede identificarse, que si b) ex llevar a un colapso en el enfrenta- brio en el funcionamiento CASIC co para define por la incapacidad que se miento. Según Lazarus (1980, esto ulu: ijar los "componentes subjeúvos" presenta con toa un paciente para alquiera de los cinco subsistemas de la crisis, lo cual significa trastorno en cu 1 ón del problema (medida de CASIC. una incapacidad para ocuparse de l o gnoscitivo), o ambos casos. manera esencial en términos de funcionamiento de (Halpern 1973 Viney, Numerosos estudios mvesug o un ue pocos (Sank, 1979; Striegel- 1976; y otros es el istanen el capilo 2 formación seg l n la estructura Moore y Slmkeu, 1982) han organizad r tas de verificación de síntomas, multimodal de evaluación. Es posible crear ASIC de la personalidad, para con base en las vanables de la estromra "te en cada una de las determinar el impacto exacto met

cuadro 21-Z. Modelo de Investigación proceso/resultado para la intervención en crisis

	Proceso 1	Resultado 1a	Resultado 1b
	Primeros auxilios psicológicos (PAP)		
Intervención	Durante el contacto de los PAP	Fin de los Pij'	Varios días después del cotacto de los PAP
Marco temporal	Cintas de audio/vídeo del contacto de los PAP.	Cintas de audio y vídeo del contacto de los PAP	Seguimiento telefónico con el paciente
Fuentes de información	Transcripciones al pie de la letra, observación de las entrevistas en vivo		
Variables que se miden	Estado de la crisis del paciente; incidente precipitante entorno del perfil CASIC, (familia/grupo social)	Estado de la crisis del paciente: perfil CASIC	Enfrentamiento del paciente (R. Lazarus. 1980): a) manejo de las reacciones subjetivas
	Desempeño del asistente en cuanto a los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos	Desempeño del asistente en los tres objetivos de los PAP:	
		1) Proporcionar apoyo	
		2) Reducir la mortalidad	
		3) Enlace con un recurso de ayuda	

Cuadro Z1-Z. Modelo de Investigación Proceso/resultado para la Intervención en crisis (continuación)

Proceso	Resultado Ia	Resultado Ib	Resultado 2n
Terapia para crisis			
Durante las sesiones de terapia (de semanas o meses)	Fin de la terapia para crisis, por ejemplo, de 6 a 8 semanas	Seis meses más tarde	Varios meses después
Cintas de audio/vídeo de las sesiones de terapia; cuestionarios	Cintas de audio/vídeo de las sesiones de terapia; entrevista estructurada, con el paciente y los miembros de su familia; cuestionario para el terapeuta y el paciente	Entrevista estructurada, con el paciente y su familia; cuestionarios	Entrevista estructurada, con el paciente y su familia; cuestionarios
a) Funcionamiento CASIC del paciente (a partir del cuadro 8-1)	Funcionamiento CASIC del paciente posterior a la crisis: a) equilibrio b) integración c) disposición para encarar el futuro d) crecimiento	Véase el resultado 2a	Véase el resultado 2a
b) Selección y ejecución por parte del terapeuta de las estrategias de tratamiento; progreso del paciente en cuanto a las cuatro tareas para la resolución de la crisis (supervivencia física, expresión de sentimientos, dominancia cognoscitiva, adaptaciones conductuales/interpersonales)			

modalidades. Aun cuando la evaluación de la crisis durante los PAP es mucho más limitada que durante la terapia para crisis (que se analizará en lo que sigue), todavía existe una necesidad de depurar las preguntas de evaluación que pueden plantearse por teléfono, en una sala de espera de hospital o en una oficina.

Las estrategias esenciales de investigación durante el Proceso I abarcan la codificación tanto del comportamiento del paciente como del asistente durante la entrevista de PAP. ¿Cómo se presenta el paciente a sí mismo y cómo presenta a la crisis? ¿Cómo cambian los comentarios del asistente sobre el curso de la entrevista? ¿Hasta qué punto el asistente cumple los cinco componentes de los PAP que se presentaron en el capítulo 6?

El cuadro 21-3 lista las categorías de codificación preliminar que pueden desarrollarse para el comportamiento del asistente y el paciente con la acción

del modelo de los PAP. Cada unidad de plática del asistente y de quien llama puede asignarse a una de las categorías de contenido.

El modelo de los PAP supone que todas las aseveraciones que se realizan en una entrevista pueden clasificarse dentro de cinco categorías distintas: contacto entre asistente y paciente, definición del problema, análisis de posibles soluciones, compromiso para un plan concreto de acción y planeación para el seguimiento —y que tanto el asistente y el paciente desempeñan un papel en cada una. Las pautas de entrenamiento de los PAP (capítulo 6) colocan la carga esencial de cada componente sobre los hombros del asistente: "realizar" el contacto psicológico, "analizar" las dimensiones del problema, etcétera, aunque en realidad algunos pacientes son más cooperativos o capaces de ayudar en este esfuerzo que otros. Por tanto, un análisis completo de la investigación acerca del proceso de los PAP debe revisar el punto hasta el cual los asistentes tienen que indagar y hasta el punto en que los pacientes contribuyen de manera voluntaria con la información. Un vistazo a la lista del cuadro 21-3 indica que la codificación de estos comportamientos permite medir el punto hasta el que el asistente cubre los cinco componentes de los PAP (lo que incluye comportamientos específicos como son la evaluación del riesgo de mortalidad) y mide también el nivel de "directividad" que se tomó (Componente IV, acción concreta). El análisis de la información de quien llama revela en una modalidad similar, las preocupaciones durante la entrevista por parte de quien llama, y el relativo despliegue de comentarios con respecto a los cinco componentes, durante la entrevista. El análisis de la sucesión de los comentarios, lo mismo si son en forma de pregunta o de aseveración, y la comparación de las categorías de contenido con las variables temporales (el periodo de plática entre el asistente y el paciente, las pautas para el silencio y otras semejantes (Blumenhal y otros, 1976; Slaikue, 1979) facilitarán poner a prueba las hipótesis más importantes con respecto al proceso de la intervención en crisis de primera instancia. Estos datos pueden analizarse entonces en conjunción con varias mediciones del resultado.

Resultado 2a: Fin del contacto de los primeros auxilios psicológicos

La primera oportunidad para medir el resultado de la intervención en crisis llega al final de la conversación de primeros auxilios psicológicos (Echternik y Hartsough, 1989). Cuando el asistente y el paciente han terminado de hablar, podemos determinar si se han alcanzado los tres objetivos de los PAP: apoyo, reducción de la mortalidad y enlace con recurso de ayuda. Al hacer uso de la información del proceso para los PAP (cuadro 21-3), cada una de estas variables de resultado puede codificarse como sigue:

- Apoyo proporcionado: Codificado a partir del número y la calidad de las aseveraciones de contacto psicológico proporcionadas por el asistente (Componente I de los PAP);
- Mortalidad reducida: Codificada a partir de la evaluación de la mortalidad (I), las soluciones examinadas (III) y la acción emprendida (IV);
- Enlace con un recurso de ayuda que se ha cumplido: Codificado a partir del análisis del seguimiento (V).

Cuadro 21;-3. Categorías de codificación de los primeros auxilios psicológicos

Componente	Conducta de quien ayuda	Conducta del cliente
I. Contacto psicológico	Invite al cliente a hablar Expresé preocupación/atención Realice una afirmación empática	Solicitar ayuda Expresar aprecio por la ayuda ofrecida Otro comentario acerca de la relación entre quien ayuda/cliente (positivo o negativo)
II. Dimensiones del problema	Realice una afinación o pregunte por: Evento precipitante Información antecedente: Edad Domicilio (vecindario, comunidad, cultura) Historia matrimonial Amistades Estatus laboral Funcionamiento CASIC precrisis Conductual Afectivo Somático Interpersonal Cognoscitivo Funcionamiento CASIC en la crisis Conductual Afectivo Somático Interpersonal Cognoscitivo Letalidad Responde a señales Averigua acerca del plan Intentos previos Otros significativos Posible impacto de la crisis en otros, por ejemplo, familia, vecinos, amigos. Preocupaciones futuras (por ejemplo, decisiones inminentes) Recursos personales/fortalezas Recursos sociales/fortalezas Preocupaciones más inmediatas	Véase <i>Conducta de quien ayuda</i>
III. Soluciones posibles	Preguntar por las soluciones intentadas en el pasado Averiguar más acerca de las soluciones intentadas previamente Depurar las soluciones intentadas antes Proponer una nueva solución: Nueva conducta para el cliente	Analizar las soluciones intentadas en el pasado Introducir nuevas soluciones: Nueva conducta del cliente Nueva actitud del cliente Intervención del tercer nivel Cambio ambiental Respuesta a las soluciones sugeridas por quien ayuda: Positiva

Cuadro 21-3. Categorías de codificación de los primeros auxilios psicológicos (continuación)

Componente	Conducta de quien ayuda	Conducta del cliente
	Nueva actitud para el cliente (redifinición del problema) Ayuda externa (tercer nivel): Quien ayuda Otro Cambio ambiental (por ejemplo, cambio temporal de residencia, hospitalización)	Nueva conducta del cliente Nueva actitud del cliente Intervención del tercer nivel Cambio ambiental Respuesta a las ideas propuestas por quien ayuda: Negativa Nueva conducta del cliente Nueva actitud del cliente Intervención del tercer nivel Cambio ambiental
IV. Acción concreta	Tranquile al cliente con respecto a la acción a seguir (incluyendo la posibilidad de que el cliente no tome las acciones) Aconseje (dé su opinión) en cuanto a qué hacer, qué pensar, cómo manejar las molestias somáticas, etcétera. Iniciar la participación de tercer nivel Inicie una intervención controlada: Apoyo físico, llamar a la policía, hospitalización, llamar al departamento de servicios sociales para que recojan al niño de su hogar, etcétera.	Compromiso/acuerdo con respecto a la acción del cliente: Supervivencia física Manejo de sentimientos Cambios de pensamiento Conducta/Adaptación interpersonal Acción de quien ayuda Acción de tercer nivel
V. Seguimiento	Sugiera contacto de seguimiento Analice los detalles concretos del seguimiento (por ejemplo, tiempo, lugar, etcétera) Elabore un contrato para el seguimiento	Analice las posibilidades de seguimiento Analice los detalles concretos del seguimiento Contrato para el seguimiento

Estas tres variables de resultado pueden crearse al sintetizar un número de variables del Proceso (tomadas a partir de cintas de audio o entrevistas en vivo, y pueden concebirse como la "línea de base" de un contacto de PAP. Como un accesorio a la codificación objetiva por parte de observadores independientes, también es posible hacer que los pacientes clasifiquen las sesiones con respecto a si ellos creen que se han alcanzado estos tres objetivos. En cualquier caso, los objetivos de los PAP que utilizan los clínicos para orientar su trabajo pueden traducirse en una manera expedita en categorías de resultado codificables para los PAP.

Resultado 1b: Enfrentamiento del paciente

Puesto que la teoría de la crisis se apoya en el supuesto de que las crisis provienen de un fracaso en el enfrentamiento (Caplan, 1964), de ello sigue que una de las medidas de resultado más cercanas al inicio de la intervención debería ser el

punto. basta el cual un paciente ha reobtenido su capacidad para: enfrentarse a la situación. Nuestro modelo de crisis supone que la capacidad del orientador para llevar a la práctica los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos (con sus tres objetivos de apoyo, reducción de la mortalidad y enlace con la ayuda) llevará a un mejoramiento en la capacidad del paciente para enfrentarse. Esta hipótesis puede ponerse a prueba en el Resultado 1b. Siguiendo el marco teórico del enfrentamiento del paciente son: a) ¿El paciente puede controlar los componentes subjetivos del problema (sentimientos trastomantes, torno/confusión cognoscitivos, males sticos, problemas del comf>OJUt m l entolinterpersonales)?, y b) ¿Puede el paciente comprometerse en la solución de problemas (de manera esencial en un proceso cognoscitivo, pero con correlaciones dentro de los otros cuatro subsistemas), lo suficiente como para comenzar a translaborar la crisis? Mientras podríamos esperar que los pacientes muestren un cambio en conformidad con estas dimensiones en lo inmediato al final del contacto de los PAP, alguien pronosticaría más cambios en los siguientes días después del contacto, cuando el paciente ha tenido oportunidad de llevar a la práctica las estrategias puestas en marcha durante el análisis inicial. La infonnación puede recopilarse a partir de una entrevista estructurada por teléfono o cara a cara. Slaikue y sus colaboradores (1975) han afirmado que el seguimiento telefónico es posible incluso con quienes llaman a un servicio de prevención del suicidio. En otros ambientes, en los que el anonimato no es un asunto tan importante (como en los servicios de orientación para pacientes externos, las salas de urgencias y otros semejantes), serla posible proyectar un cuestionario de seguimiento telefónico que evaluaría de manera directa la capacidad del paciente para enfrentarse, según las dimensiones listadas anteriormente. Pueden elaborarse proyectos de investigación para estudiar la relación entre los niveles altos y bajos del rendimiento del asistente según los cinco componentes de los PAP (Proceso 1) y los cambios en el enfrentamiento del paciente (Resultado 1b). Investigaciones más amplias del Resultado 1b deberían tomar en cuenta otras influencias sobre el enfrentamiento del paciente; por ejemplo, los análisis hechos con su familia y amigos, puesto que los pacientes en crisis con frecuencia recl>en consejo/ayuda de parte de numerosas personas a un mismo tiempo. Slaikue y sus colaboradores (1975), por ejemplo, hallaron que muchos de quienes llamaron a un centro para crisis en losuhsecuente no se "dejaron ver" en citas cara a cara programadas, habían recibido ayuda a partir de otros recursos, con lo cual redujeron su necesidad de una orientación nWi amplia.

Proceso 2: Terapia para crisis

Los rasgos distintivos del modelo de terapia para crisis descrito en el capítulo 8 son: a) su utilización de una estructura múltimoclal de la personalidad para evaluar el funcionamiento previo a la crisis, durante la misma y en la etapa posterior a ella, y b) su persecución de los objetivos de las técnicas terapéuticas para las cuatro tareas de la resolución de la crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales. Cada uno de estos rasgos del modelo de terapia abre la puerta para la investigación sistemática con respecto a cómo resuelven sus cri-

sis los pacientes y cuáles estrategias terapéuticas son las más útiles para facilitar la resolución de la crisis. Herramientas como el Cuestionario de Crisis (CO (en el Apéndice B) proporcionan información que el paciente proporciona acerca de sí mismo, en cuanto comienza la terapia. El (CC) proporciona los datos del informe que el paciente hace de sí mismo con respecto a la naturaleza del incidente precipitante y su impacto sobre el comportamiento, los sentimientos, el funcionamiento físico, las relaciones interpersonales y el pensamiento/los conceptos. Como se mencionó más arriba, la SCL-90 (Derogatis, 1975) es una breve lista de verificación de síntomas que puede analizarse según los cinco subsistemas CASIC para la terapia de crisis.

El resumen de Evaluación de Crisis (cuadro 8-2) puede utilizarse para sintetizar datos para la crisis de cada cliente, con base en información de varias fuentes de datos. Al comparar este perfil con la información del seguimiento es posible rastrear los cambios en cada uno de los cinco subsistemas, desde el funcionamiento de precrisis hasta el de crisis y poscrisis. Como analizaremos, estas herramientas pueden, a partir de todo esto, proporcionar una base empírica para establecer juicios acerca de la resolución de la crisis y el crecimiento (por oposición al debilitamiento o deterioro psicológico).

El núcleo de la investigación del proceso de la terapia para crisis, sin embargo, yace en un análisis de la selección y ejecución por parte del terapeuta, de las estrategias de tratamiento. Nuestro modelo sugiere que todas las estrategias de tratamiento se encaminan a ayudar al paciente a lograr las cuatro tareas para la resolución de la crisis. El análisis del proceso, entonces, debe aprehender tanto la actividad del paciente como la del terapeuta bajo cada uno de los cuatro rubros: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptaciones conductuales/interpersonales.

Lesicko (1984) ha elaborado un sistema preliminar de codificación, que registra el comportamiento del orientador y del paciente según las cuatro tareas de resolución de la crisis. Las categorías de codificación se basan en el material teórico que se presentó en el capítulo 8 de este libro, con porcentajes de concordancia por parte de los codificadores independientes que se insertan en el rango de 0.91 a 0.96. En tanto que este sistema preliminar demuestra la viabilidad de dejar arquizar las aseveraciones del terapeuta y del paciente dentro de las categorías que representan a las cuatro tareas, la investigación futura necesitará desarrollar una mayor precisión, con respecto a la adecuación de distintas aseveraciones/preguntas del terapeuta en cuanto a facilitar el desplazamiento a través de las cuatro tareas.

Resultado Za: Fin de la terapia para crisis

En el capítulo 2 describimos la resolución de la crisis como un proceso de translaboración de la experiencia de la misma (el logro de las cuatro tareas, que se acaba de describir) con un resultado claramente definido -un estado en el cual se restaura el equilibrio, el incidente de crisis se integra de manera funcional en la trama de la vida y el individuo está abierto/dispuesto a afrontar el futuro. La terminación de la terapia para crisis proporciona la primera oportunidad para medir estas variables de resultado.

Cada una de las variables de resultado -restauración del equilibrio, integración del incidente de crisis en la trama de la vida y disposición favorable

para encarar el futuro—puede hacerse operativo según la estructura multimodal de la personalidad y puede medirse al final de la terapia para crisis. Cada variable tiene elementos del comportamiento, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos. El equilibrio, por ejemplo, podría medirse por la reducción de síntomas no deseables (como dolores de cabeza y ansiedad) en los cinco subsistemas. La integración del incidente de crisis en la trama de la vida puede medirse al evaluar el dominio cognoscitivo del paciente sobre la situación, lo mismo si se trata de la muerte de un ser querido, la pérdida de un miembro corporal, la reacción ante un ataque físico, el desempleo o lo que sea. Los indicios de integración incluyen una comprensión basada en la realidad del incidente precipitante (lo que incluye posiblemente el papel del paciente en su provocación), las implicaciones para la persona y su familia y una estimación de las posibilidades futuras (una apreciación de cómo cambiará la vida, sin una sobregeneralización a partir del incidente hacia otros aspectos de la vida del individuo). El deficiente dominio cognoscitivo, que indica que el incidente de crisis no ha sido integrado a la trama de la vida, incluiría una estimación no realista del incidente y sus implicaciones (después de un divorcio, alguien que dice: "Nunca confiaré de nuevo en otra mujer/otro hombre"), la negación del incidente y/o sus implicaciones, la sobregeneralización, la catastrofización y cuestiones semejantes. La variable de resultado de la integración también tiene elementos del comportamiento, interpersonales, somáticos y afectivos. Las fobias que pueden resultar a partir de las crisis vitales son, quizás, los ejemplos más dramáticos de las manifestaciones del comportamiento cuando el incidente de crisis no ha sido integrado a la trama de la vida. De manera similar, algunos individuos parecen "poner una pared" entre el incidente de crisis y cualquier cuestión relacionada con el mismo, de manera que el funcionamiento en ámbitos particulares de la vida está gravemente limitado.

De modo similar, la variable de resultado de "apertura/disposición" para encarar el futuro puede hacerse operativa en términos de los cinco subsistemas de la personalidad. Al final de la terapia para crisis se realiza una evaluación acerca del punto hasta el cual un individuo se siente (en el subsistema afectivo) listo para retomar: rehacer, relacionarse con otras personas, continuar con otras rutinas de la vida; cree que puede seguir adelante (subsistema cognoscitivo); y se ocupa del comportamiento apropiado para un retomo a tales compromisos (subsistema del comportamiento).

Por último, es posible evaluar si la experiencia de crisis ha conducido o no al crecimiento al analizar cualquiera de los siguientes aspectos: incremento en las aptitudes de enfrentamiento (subsistema del comportamiento y cognoscitivo), una visión más amplia del mundo o un mejoramiento en la autoimagen (subsistema cognoscitivo), mejoramiento en las relaciones interpersonales y las sensibilidades (subsistema interpersonal) y cuestiones semejantes.

La medición de estas variables puede tener lugar mediante entrevistas estructuradas con los pacientes, entrevistas con los miembros más cercanos de la familia y las observaciones/evaluaciones del terapeuta. Las herramientas de seguimiento modeladas a partir de los elementos del Resumen de Evaluación de Crisis (cuadro 8-2) que comparan el funcionamiento CASIC en las etapas de precrisis, crisis y poscrisis, pueden dar precisión a la medida de las variables de resultado como el crecimiento a través de los tres periodos temporales.

Resultado 2b, • •, Zn, Resolución de Ja crisis

El seguimiento de los pacientes de crisis en los meses y años siguientes al incidente de crisis (y a la terapia) permite incluso una evaluación más rica de la resolución de la crisis que en el periodo más cercano (varias semanas) al incidente precipitante. De seis meses a un año más tarde, la vida reorganizada del paciente se habrá estabilizado un poco, y pennirá descripciones del funcionamiento del comportamiento, del afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. Las variables de resultado: equilibrio, integración, disposición favorable para encarar el futuro y crecimiento son las mismas que para el Resultado 2a, como lo son también las posibilidades de evaluación. El funcionamiento CASIC de cada paciente puede compararse con los perfiles iniciales.

RESUMEN

Como lo sugiere este apunte de modelo de investigación, los estudios que vinculan tanto las variables de proceso como las de resultado son claramente posibles. En virtud del incremento que podemos dar a cada conjunto de las variables que se acaban de describir, deberíamos ser capaces de modo expedito, de dar pasos hacia el incremento de nuestro conocimiento de las estrategias efectivas de intervención. No menos de tres décadas de trabajo por parte de los profesionales: trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, orientadores pastorales, paraprofesionales, trabajadores telefónicos voluntarios y otros, dan fe del perdurable poder del concepto de crisis, aunque se necesitará una atención más considerable por parte de los científicos del comportamiento, si el modelo está por convertirse en una verdadera "teoría". De modo optimista, el modelo y el paradigma de investigación que se presentaron estimularán a otros científicos del comportamiento a volver sus aptitudes de investigación hacia los incidentes de la vida que marcan dramáticos puntos de cambio para todos nosotros.

APÉNDICE

Grupos de terapia para crisis

EL TRATAMIENTO EN GRUPO QUE ABARCA diez sesiones o más puede ser un método útil para proporcionar apoyo social a los pacientes en crisis, y también para incitar la atención hacia las cuatro tareas de la resolución de la crisis (capítulo 8). Una innovación es proporcionar un breve componente didáctico en cada sesión grupal, concentrado en torno del material tomado de un libro orientado en el sentido del paciente, *Up From the Ashes: How to Survive and Grow Through Personal Crisis** (de Slailreu y Lawhead, 1987). *Up From the Ashes*, en esencia, es una versión por parte del paciente con respecto al modelo de terapia para crisis que se describe en el presente libro, que hace un uso importante de ejemplos de casos y sugerencias para la autoayuda. Se puede utilizar como un accesorio para las sesiones grupales, al funcionar como un punto de anaque que conduzca a una interacción grupal más amplia con respecto a la supervivencia y al crecimiento a través de la crisis;

El formato que se presenta más adelante lista las lecturas y preguntas de discusión que se recomienda para cada semana. Aunque los líderes grupales ejercerán una amplia libertad en el uso de este material, puede ser especialmente efectivo el incluir lo siguiente en cada sesión grupal:

1. Un breve informe por parte de uno o más de los miembros del grupo con respecto al material que se leyó para esa semana, y una discusión grupal acerca del contenido respectivo.
2. Compartir en lo individual lo correspondiente a los pensamientos, sentimientos, relatos sobre el comportamiento y los problemas del individuo en cuanto a la adaptación.
3. Asesoría u orientación por parte del líder del grupo y los miembros del mismo con respecto a las aplicaciones del material de la terapia para crisis a las situaciones individuales.

* Se publicó primero bajo el título de *Up From the Ashes: How to Survive and Grow Through Personal Crisis*. Boston: Houghton Mifflin, 1985.

Semana	Capítulos de <i>UFA</i> (<i>Up from the Ashes</i>)	Páginas
1	1: Peligro y oportunidad	1-3
	2: Anatomía de una crisis	4-16

Comentarlos a los líderes grupales

Los primeros dos capítulos resnen el material tomado del capítulo 2 de intervención en crisis con un enfoque sobre la universidad de las crisis en el curso de la vida, y ponen énfasis en el dolor y el daño relacionados con la misma, pero también se abre la puerta para el crecimiento. Es especialmente importante permitir la discusión del hecho de que el aspecto del "crecimiento" en la crisis se aparta muy fuera de la conciencia de la mayoría de las personas mientras están sufriendo al trastorno y daño. Al mismo tiempo, los enfermos por parte de muchos sobrevivientes apuntan a la posibilidad del cambio en el transcurso del largo plazo.

Preguntas para la discusión

1. ¿Cuáles son los incidentes precipitantes para nuestras crisis, y cómo se relacionan los mismos con otros factores de tensión o incidentes críticos en nuestras vidas?
2. ¿Qué han notado ustedes acerca de los distintos síntomas de sus crisis (analícelo en términos de las cinco modalidades CASIC)? (Insten a hablar con respecto a los sentimientos, pensamientos, comportamientos, cambios en las relaciones y las sensaciones corporales.)
3. ¿Cuáles son ahora los pensamientos y sentimientos de ustedes con respecto a los varios resultados de las crisis que otros han referido, como son el crecimiento o el daño/el debilitamiento?

3: Darse a ustedes mismos los primeros auxilios psicológicos 17-33

Comentarlos a los líderes grupales

La discusión en grupo del capítulo 3 ("Darse a sí mismo los primeros auxilios psicológicos") puede enfocarse sobre las maneras de cuidar de sí mismos (en relación con los miembros del grupo), para "resistir" y "ganar tiempo" en las etapas iniciales de la crisis. Puede ser útil en este punto el énfasis en la posición de las decisiones importantes y enfocarse sobre el enfrentamiento inmediato, más el apoyo del grupo para las diferentes estrategias.

Preguntas para la discusión

1. ¿Cuál es el aspecto más difícil para usted ahora en cuanto a tratar de "resistir"?
2. ¿Cuáles son los peores temores de usted acerca del futuro?
3. ¿Qué está haciendo usted para cuidar de sí mismo, y en qué aspecto quiere más ayuda de manera urgente?

Semana	Capítulos de <i>UFA</i>	Páginas
2	4: Un esbozo para el crecimiento	34-43

Comentarlos a los líderes grupales

Esto es, en esencia, una síntesis de las cuatro tareas para la resolución de la crisis, que se escribió utilizando la tecnología no especializada. Algunos líderes grupales eligen analizar este aspecto en la primera sesión, aunque vale la pena tener al menos una sesión que se concentre en el "marco", que ofrece un esbozo para todo lo que sigue. Puede ser útil especial invitación a hablar acerca de las maneras en que los individuos han llegado a estar atrapados, lo mismo con respecto a situaciones más brillantes y a éxitos que los individuos puedan haber experimentado. Los líderes grupales pueden comenzar con el ofrecimiento de la tecnología que permite a los participantes pensar en términos de salud corporal, sentimientos, pensamientos y comportamiento (el lenguaje de las cuatro tareas).

Preguntas para la discusión

1. ¿Qué ha notado ya usted que le esté ayudando en el manejo de su crisis? ¿Cómo se relacionan estas actividades o acontecimientos con las cuatro tareas?
2. ¿Cómo es que está usted atrapado, impedido, o sin progresar?
3. ¿Cómo se refacionan las crisis anteriores en su vida resueltas apropiadamente o no con las cuatro tareas?

Semana	Capítulos de <i>UFA</i>	Páginas
3	5: Cuidar de su cuerpo	44-64

Comentarlos a los líderes grupales

Este capítulo proporciona salvaguardas para protegerse contra el comportamiento que amenaza la vida, y entonces se desplaza hacia un análisis de las tres vías para conservar la salud física y, más tarde, desarrollar aun mejores hábitos de salud: relajación, ejercicio y nutrición. Las técnicas jacobsonianas de relajación están descritas, aunque la discusión puede concentrarse en otros métodos para la relajación (por ejemplo, el *hatha yoga*). El punto no es desarrollar un régimen de salud nuevo por completo (el cual probablemente podría experimentarse como una carga innecesaria para los pacientes en este punto), sino, más bien, dar los pasos iniciales, mínimos, hacia la protección de la salud y también para abrir la puerta a nuevos hábitos más tarde. Los miembros del grupo pueden referir situaciones en las que ellos ya hayan utilizado el ejercicio físico, por ejemplo, como una vía para la opresión y la tensión.

Preguntas para la discusión

1. Algunas personas están preocupadas con las dimensiones corporales de la crisis, y otras no les hacen caso por completo. ¿Cuál ha sido la experiencia de usted?
2. ¿Cómo ha estado reaccionando su cuerpo ante su crisis?
3. ¿Cuáles han sido las vías más útiles para usted en cuanto a relajarse, hacer ejercicio y conservar una nutrición adecuada?
4. ¿Qué clase de ayuda necesita usted en cualquiera de estas áreas?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
4	6: Controlar los sentimientos de dolor	65-87

Comentarlos a los líderes grupales

Este capítulo presenta un ITU de los pasos a seguir en el control de los sentimientos: su identificación, su expresión y el análisis de su significado (tomando en cuenta las cogniciones que están relacionadas con los sentimientos) y controlarlos (con el ejercicio, el humor y cuestiones semejantes). Un cuadro proporciona un alfabeto de sentimientos [desde Abandoned (desamparo) hasta Worried (preocupado)]. Informes por parte de los pacientes indican que este capítulo es útil para la elaboración de un vocabulario de sentimientos, y que los alienta a hallar maneras creativas para controlar los componentes dolorosos en el ámbito afectivo dentro de la crisis.

Preguntas para la discusión

1. ¿De qué sentimientos está usted consciente en estos días, y cómo/cuándo surgen los mismos?
2. ¿Qué problemas presentan los sentimientos negativos, y cómo está usted enfrentándose a ellos?
3. ¿Cuáles son los posibles "significados" o "conceptos" detrás de sus sentimientos?
4. ¿Qué vías de expresión y control de sentimientos ha explorado usted? ¿Cuáles de esas vías le funcionan mejor?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
5	7: Cambiar su punto de vista	88-126

Comentarlos a los líderes grupales

Este capítulo se enfoca a la dimensión cognoscitiva de la crisis, y proporciona la misma vía hacia el dominio cognoscitivo que se describe en el capítulo 8 (con la recopilación de datos acerca del incidente de crisis, el análisis de su significado y la elaboración de visiones e imágenes que integran al incidente de crisis en la trama de la vida y permiten el desarrollo futuro). Se describen siete posibles categorías de significado, las cuales puedan proporcionar una estructura para discusión en grupo acerca de cómo los participantes en lo individual "piensan acerca" de los incidentes que han experimentado:

El incidente de crisis puede:

1. Quebrantar una de mis expectativas fundamentales acerca de mi vida.
2. Producir imágenes aterradoras y espantosas.
3. Revelar debilidad o errores cognoscitivos en mi programa mental.
4. Contradecir una de mis "grandes creencias" -es decir, asunciones religiosas o filosóficas.
5. Traer a colación asuntos inconclusos del pasado.
6. Mostrar que yo estoy funcionando con el programa equivocado.
7. Combinarse con otros factores de tensión que «sobrecargan los circuitos», lo que conduce a un "colapso".

Preguntas para la discusión

1. Algunas personas desean información acerca del incidente de crisis y otras prefieren que se les den menos pormenores. ¿Qué hay acerca de usted?
2. ¿Sería útil ahora realizar una "verificación de hechos" acerca del incidente de crisis, su impacto y ciertos supuestos acerca de su futuro? ¿Qué sería de ayuda (por ejemplo, más información por parte del doctor con respecto al curso de una enfermedad, o acerca del impacto de la crisis de uno de los progenitores sobre el desarrollo de un niño)?
3. Repase la lista de significados o interpretaciones en este capítulo de UFA. ¿Cuáles se aplican a usted? Para cada categoría que se aplica (anteriormente en el capítulo) a usted, ¿cuáles son los pensamientos e imágenes que están presentes? ¿Cuál es su conciencia con respecto al historial de estos pensamientos en su vida?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
6	8: Abridores de puertas	127-148

Comentarlos a los líderes grupales

Éste es un segundo capítulo de UFA acerca del "dominio cognoscitivo", y su objetivo es proporcionar las principales orientaciones para permitir que los pacientes en crisis hallen vías para comenzar a reconceptuar el incidente de crisis y, en particular, para desarrollar conceptos que se ajusten lo mismo a los hechos del incidente de crisis como a las exigencias de la vida futura. Como en el capítulo anterior, estas orientaciones fundamentales pueden funcionar como un diagnóstico para los participantes del grupo, para ver cuál o cuáles de ellas se aplican a sus situaciones. Los "abridores de puertas" están estructurados como posibles instrucciones para los lectores y pacientes en tanto éstos tratan la experiencia de crisis en las semanas, meses y años siguientes al incidente de la misma (por ejemplo, desafiar las viejas creencias, hacer acopio de más información, buscar las oportunidades ocultas en la crisis, reevaluar los valores personales, admitir la culpa, permitir el perdón, limitar la carga de "entender" todo acerca de la crisis, considerar la oración y reanalizar las creencias religiosas, modificar el habla consigo mismo (con la inclusión del lenguaje del crecimiento) y utilizar posibles fantasías mentales para elaborar planes futuros, realizar compromisos para transformar los aspectos negativos de la crisis en positivos, al "hacer algún bien o corregir algún mal").

Preguntas para la discusión

1. ¿Qué cambios han ocurrido en cuanto a cómo usted "piensa acerca" del (de los) incidente(s) de crisis?
2. ¿Se ha visto usted a sí mismo atrapado en una visión particular con respecto al incidente?
3. ¿Cuál, si alguno, de los "abridores de puertas" podría ayudarlo? ¿Y cómo?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
7	9: Adaptación de su comportamiento	149-169

Comentarlos para los líderes grupales

Este capítulo alienta a los pacientes a tomar en cuenta los cambios en el comportamiento con la "línea de base" en la supervivencia y la recuperación. El rango de los cambios de comportamiento que se requieren para cualquier crisis se pormenorizan dentro de las siguientes categorías: 1) trabajo (carrera), 2) trabajo (manutención), 3) relaciones y 4) salud física. Se proporciona una lista de veintidós diagnósticos como una vía para la identificación de fortalezas y debilidades, y se dan instrucciones para elaborar planes de cambio para reforzar las áreas débiles. (Véase la "Guía de evaluación del comportamiento, al final de este apéndice.) Los aspectos que requieren el uso de papel y lápiz atraen a muchos lectores, y se han utilizado también como un punto de arranque para análisis y comentarios para el apoyo entre los miembros del grupo, por ejemplo, cuando se habla con otro miembro del grupo acerca de los pasos para hallar un nuevo trabajo.

Preguntas para la discusión

(Haga que los miembros del grupo llenen la Guía de Evaluación del Comportamiento, que se muestra más adelante.)

1. ¿Cómo se siente usted acerca de las fortalezas y debilidades identificadas en su lista de verificación del comportamiento?
2. ¿En qué parte cree usted que necesita comenzar en principio para crear los cambios de comportamiento?
3. ¿Qué obstáculos encara usted en cuanto al cambio de comportamiento?
4. ¿Qué tipo de asistencia sería la más provechosa para usted?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
8	10: Realización de cambios	170-186

Comentarlos para los líderes grupales

Este es un segundo capítulo que se enfoca a la tarea de las adaptaciones conductuales interpersonales de la resolución de la crisis, y de manera esencial proporciona asesoría basada en los principios de la terapia del comportamiento. Las distintas secciones instruyen a los lectores/miembros del grupo acerca de cómo fragmentar las metas más importantes en unidades más controlables, cómo movilizar las fuentes y cómo hacer uso de los recursos sociales (lo que incluye la terapia grupal) en la recuperación.

Preguntas para la discusión

1. ¿Cuál es su anteproyecto o plan para los cambios que necesitará realizar en los meses y años por venir?
2. ¿Qué recurso necesitará usted más, y cómo podríamos ayudarlo en este momento?
3. ¿Cuál es su propia experiencia con el asunto del cambio en el "ritmo", de manera que usted se desafíe a sí mismo, aunque sin presionarse de manera innecesaria para mantener un programa rígido?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
9	11: Un niño en crisis: ¿cómo pueden ayudar los adultos?	187-200

Comentarlos para los líderes grupales

La discusión en grupo puede con frecuencia enfocarse sobre los hijos en las sesiones iniciales, aunque puede ser útil tener una sesión completa destinada a la aplicación de las cuatro tareas a los hijos. El capítulo de *Up from the Ashes* en esencia establece la propuesta de que las cuatro tareas se aplican de manera directa a los niños, aunque con ciertas adaptaciones relacionadas con el desarrollo. El dominio cognoscitivo para un niño, por ejemplo, se enfoca fuertemente sobre el responderle preguntas acerca del divorcio, la muerte o cualesquier infortunio que el niño pudiera haber experimentado (véase también el capítulo 17 acerca de "la intervención en crisis en las escuelas"). El participar en grupo las ideas, preocupaciones y estrategias es especialmente importante, puesto que las crisis que encaran todos los participantes, lo mismo si son por enfermedad y lesiones, nigración, ataques físicos u otros incidentes, son compartidas por todos los miembros de sus familias.

Preguntas para la discusión

1. ¿Qué ha notado usted acerca de los síntomas o reacciones CASIC de su hijo en lo concerniente al incidente de crisis?
2. ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones acerca de sus hijos ahora mismo?
3. Si usted piensa anticipado con respecto a las muchas semanas y meses por venir, ¿qué podría usted hacer para ayudar a su hijo a transitar la crisis, en términos de las cuatro tareas: cuidar de su cuerpo; controlar los sentimientos; adaptar el pensamiento; modificar el comportamiento y las relaciones interpersonales?
4. ¿Qué actividades familiares serán provechosas para todos los integrantes de la misma al paso de las semanas y meses siguientes?

Semana	Capítulos de UFA	Páginas
10	12: Conjuntar todo	201-212

Comentarlos para los líderes grupales

Esta sesión de grupo puede utilizarse como una síntesis, y también para manejar cualesquier asuntos inconclusos que puedan estar presentes. El capítulo destaca las preguntas acerca de recaídas futuras y qué esperar en los meses y años por venir. El concepto del crecimiento es una espiral que se mueve hacia arriba, aunque se sumerge de nuevo dentro de los pensamientos y sentimientos dolorosos, puede ser un punto de arranque para el análisis de la resolución de crisis del pasado. Los apéndices en *Up from the Ashes* reproducen los cuadros sobre las crisis circunstanciales y para el desarrollo de los capítulos 3 y 4 de Intervención en crisis y pueden ser útiles al ayudar a los pacientes a considerar sus propias crisis en el entorno del crecimiento y el desarrollo humanos normales.

Preguntas para la discusión

1. ¿Cuáles son los principales asuntos o preocupaciones "inconclusos" de usted en tanto mira en retrospectiva su progreso y las sesiones grupales en muchas de las más recientes semanas?
2. ¿Cuáles son sus expectativas de cambio en los meses por venir?
3. ¿Qué recursos están disponibles para usted en cuanto al futuro?

GUÍA DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO *

Un inventario personal comienza con el reconocimiento de que todas las áreas de su vida han sido afectadas por cualquier crisis o cambio importante en la situación de su vida. De una manera u otra, estos acontecimientos tocan todo lo que tiene que ver con usted.

La guía de evaluación que sigue le permite a usted dar una mirada cercana a cada área importante de su vida: trabajo, relaciones, salud física y tiempo libre y tomar nota de cómo está funcionando usted en esas áreas ahora mismo, estableciendo con precisión las áreas de fortaleza, lo mismo que las de debilidad. Una vez que usted haya realizado esto, usted estará en una mejor posición para efectuar las adaptaciones necesarias, en tanto afronta el futuro.

Instrucciones. Lea en sentido descendente la columna de la izquierda y piense acerca de la pregunta en cuanto se aplica a su vida ahora mismo. En el espacio en blanco al lado de cada línea califíquese a sí mismo: con un "+", si usted siente que está haciendo todo bien o muy bien en esa área, o con un "-", si siente que las cosas podrían estar mejor si se realizara algún cambio.

Piense en un signo de "más" como una indicación de que el tema respectivo está bajo control, o de que usted está contento con la manera en que están las cosas en esa área; un signo de "menos" identifica una fortaleza. Las debilidades son áreas que necesitan su atención en los próximos meses, en tanto usted aprende a vivir en un mundo que ha sido alterado por la crisis.

Después de calificar cada categoría, apunte algo en la columna de la derecha, preguntándose a sí mismo: "¿Qué está bien en esta área?" o "¿qué necesita cambiarse?"

	Trabajo/carrera	
	¿Cómo es que esto es una fortaleza?	
	o	
Categoría específica	¿Qué necesita cambiarse?	

Caudal de dinero en efectivo para los próximos tres meses

- ¿Tengo ingresos suficientes de dinero para atender los gastos de los tres próximos meses?

*Tomado de: Slaike y Lawhend, 1987.

Un trabajo satisfactorio

- ¿Tengo un trabajo?
- ¿Me gusta el trabajo que tengo?
- ¿Qué necesitaré para hallar un nuevo trabajo?
- ¿Necesitaré nuevas aptitudes o entrenamiento para obtener un nuevo trabajo?
- ¿Necesito volver a la escuela para obtener un título o una credencial?

Necesidades financieras de más largo plazo

- ¿Necesito cambiar mi testamento, mis inversiones, mi contrato de hipoteca?
- ¿Necesito elaborar un nuevo plan financiero para los próximos años?

Otros

- ¿Hay alguna otra preocupación con respecto a mi trabajo o carrera?

Todos tienen ciertas actividades cotidianas que deben llevarse a cabo para, sencillamente, "mantener" la vida en sí misma. Las mismas no son trabajos que traen consigo un ingreso; aunque, si se les desatiende, todo lo demás parece derrumbarse. Dé un vistazo a los siguientes incisos y advierta cómo está usted ahora mismo.

	Manutención	
	¿Cómo es que esto es una fortaleza?	
	o	
Categoría específica	¿Qué necesita cambiarse?	

Quehaceres domésticos

- ¿Se les está poniendo atención ahora de modo aceptable?
- ¿Necesito ayuda en cuanto a ellos?
- ¿Necesito aprender nuevas habilidades para realizarlos?
- ¿Tengo que hablar con mi cónyuge/ pareja acerca de ellos y gestionar una modificación?

Transportación

- ¿Tengo una adecuada transportación?
- ¿Está en buen estado mi automóvil?
- ¿Necesito desarrollar un mejor sistema de transportación o hallar mejores maneras de atender el tipo de transportación que tengo?
- ¿Necesito un automóvil nuevo (o más nuevo)?

Administración del tiempo

- ¿Tengo el tiempo suficiente como para atender mis quehaceres?
- ¿Tengo el tiempo y la energía suficientes para el trabajo, la familia y mis propios intereses?
- ¿Estoy utilizando de la manera más efectiva el tiempo que tengo?

Vivienda

- ¿Es adecuada mi actual vivienda?
- ¿Necesito hallar un nuevo lugar para vivir?
- ¿Existen algunas reparaciones que debo hacer?
- ¿Necesito nuevo mobiliario?

Otros

- ¿Alguna otra preocupación con respecto a mi vida cotidiana?

Algunas veces una crisis o transición importante es ocasionada por un problema de relación. Todas las crisis, sin embargo, tienen un efecto sobre nuestras relaciones con las personas a nuestro alrededor, aquellos con los que trabajamos y aquellos con los que vivimos. Piense en estas relaciones en su vida y evalúe las áreas en las que esté muy bien (con un signo de "+") y aquellas en las que le gustaría hacer un cambio, si al menos alguno fuera posible (con la marcación de un signo de "-").

Relaciones

¿Cómo es que esto es una fortaleza?

o

¿Qué necesita cambiarse?

Categoría específica

Cónyuge/pareja

- ¿Me estoy adaptando a la pérdida de una pareja?

- ¿Necesito hallar vías para conocer nuevas personas, que podrían ser parejas potenciales?
- ¿O necesito realizar ciertos cambios en la manera en que me relaciono con mi pareja:
 - ¿En la resolución de conflictos?
 - ¿En la toma de decisiones?
 - ¿En la comunicación?
 - ¿En las habilidades de negociación?
 - ¿En la asertividad?

Familia

- ¿Necesito pasar más tiempo con los miembros de mi familia?
- ¿Cómo está la comunicación ahora mismo?
 - ¿Y la disciplina?
 - ¿Existen conflictos que deben manejarse?
 - ¿De qué modo estamos tomando las decisiones?

Amistades

- ¿Necesito hacer nuevos amigos?
- ¿Necesito restaurar o restablecer viejas amistades?
- ¿Necesito mantener lazos estrechos con mis actuales amigos?
- ¿Necesito compartir con mis amigos las ideas acerca del enfrentamiento y las opciones para mi futuro?
- ¿Ayudada el recurrir a otros en busca de apoyo?

Grupos sociales

- ¿Quiero unirme a nuevos grupos?
 - ¿A una nueva iglesia?
 - ¿A una nueva agrupación cívica?
 - ¿A un nuevo vecindario?
 - ¿Al grupo *Parents without Partners* (en Estados Unidos, el grupo Padres sin pareja)?
 - ¿A una agrupación de autoayuda?
- ¿Puedo reforzar mi propio crecimiento al hallar a otros a los que yo pueda ayudar?!

A)

usted ha identificado. Como inicio, repase la lista anterior e identifique sus mayores fortalezas y sus más altas prioridades para el cambio:

Mis principales fortalezas son:

1. _____
- _____
- 3 .
- 4 .
- _____

Mis más importantes prioridades para el cambio (para las próximas una a seis semanas) son:

1. _____ , --
2. _____
3. _____
- 4 .
- 5 .

Miplan de acción. Ayudará a identificar los comportamientos que usted tendrá la necesidad de iniciar, con el fin de trabajar con respecto a las áreas de cambio. Para cada tema identificado anteriormente, haga una lista de actividades que le ayudarían a usted para hacer cambios en las próximas semanas. Por ejemplo, si usted necesita hallar un trabajo, usted podría listar las siguientes actividades: revisar los anuncios de solicitud cada mañana durante la semana siguiente; escribir un nuevo historial laboral y enviarlo a las personas que podrían ayudar; programar entrevistas con personas que yo sé que podrían ayudarme a encontrar un trabajo; llenar solicitudes de trabajo en las siguientes compañías (haga una lista de ellas!),

Cambio en cuanto al tema número 1:

Actividades por realizar:

1. _____ , --
- 2 .
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
- 8 . - ' -

Cambio en cuanto al tema número 2:

Actividades por realizar:

- 3 -
- _____
- 3 .
- 4 .
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Cambio en cuanto al tema número 3:

Actividades por realizar:

1. _____ , --
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Cambio en cuanto al tema número 4:

Actividades por realizar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Cambio en cuanto al tema número 5:

Actividades por realizar:

1. _____
2. _____

- 3. —
- 4. —
- 5. —
- 6. —
- 7. —
- 8. —

Mi calendario semanal. Una manera de moverse hacia adelante -con un pa por vez-es tomar los comportamientos que se listaron antes y asentarlos en su calendario cotidiano. Si usted no tiene semejante calendario, puede comprar uno a bajo costo en una almacén establecido, o hacer uno usted mismo. Una vez que usted ha creado UD calendario para las próximas semanas, haga una lista de ciertos temas en el calendario cada día y complételes. Una vez que han sido completados, verifiquelos a partir de su lista de "Actividades por hacer".

ACTIVIDADES POR REALIZAR HOY

ACTOS PROGRAMADOS	LLAMADAS TELEFÓNICAS
7	
8	
9	
10	TRAMITES/ENCARGOS
11	
1	
3	RECADOS/NOTAS
4	
5	
6	
7	

Fuente: Lynn Hayden, 4009 Crescent, Austin, TX78722. 1983.

¡Lista de ayuda! Piense en qué direcciones se está encontrando usted atrapado a sí mismo, y en las que podría usted querer ayuda por parte de su orientador o grupo de terapia. Anote los asuntos acerca de los que le gustaría hablar en la próxima sesión:

- 1. _____

- 2. —
- 3. —
- 4. —
- 5. —



Cuestionario de crisis

Nombre: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Instrucciones

Usted ha experimentado de manera reciente un incidente de un alto nivel de estrés. Este cuestionario le proporciona a su orientador una valiosa información con respecto a lo que sucedió y al efecto de ello sobre varios aspectos de su vida. Por favor, llene este formulario de manera tan completa como le sea posible. Si usted tiene alguna pregunta, siéntase en la libertad de pedirle a su orientador una aclaración.

Sus respuestas se preservarán como confidenciales y solamente tendrá acceso a ellas su orientador y el equipo terapéutico de éste.

Preparado por Kad A. Slaikeu y Ruth Stiegel-Moore (1982). Este documento puede reescribirse para ajustarlo a los intereses particulares de las instituciones o poblaciones de pacientes. Por ejemplo, la *Middle Earth Unlimited, Incorporated* (de Austin, Texas), una organización que se especializa en el trabajo con la juventud fugitiva, ha adaptado este cuestionario para el seguimiento con pacientes adolescentes, 111. Cambiar la redacción de algunos párrafos; se suministraron 500 cuestionarios desde 1985 hasta 1988. Para una más amplia información, contacte con Bill Wren, 3708-B S. 2nd St. Austin, TX 78704.

El primer conjunto de preguntas se refiere al Incidente que provocó que usted buscara orientación. Por favor, describa de manera breve lo que aconteció:

¿Estuvieron implicadas otras personas?

No () Sí ()

¿ Cuándo sucedió el inci(lente)?

1. Desde que ocurrió el incidente de crisis, he advertido cambios en:

- () Mis hábitos de sueño
 - () duermo más () duermo menos
- () Mis hábitos de alimentación
 - () como más () como menos () cambié mi dieta
- () Mi hábito de fumar
 - () fumo más () fumo menos
- () Mi consumo de alcohol
 - () bebo más () bebo menos
- () Mi utilización de drogas (medicinas)
 - () consumo más () consumo menos
- () Mis hábitos de trabajo
 - () trabajo más () trabajo menos
- () Mis actividades de tiempo libre
 - () empleo más tiempo en la diversión () empleo menos tiempo en la diversión
- () Mi rutina de ejercicio
 - () hago más ejercicio () hago menos ejercicio

Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes del incidente de crisis.

- | | | |
|-----|-----|---|
| No- | Sí | Estaba satisfecho con: |
| () | () | mis hábitos de trabajo |
| () | () | mis hábitos de alimentación |
| () | () | mis hábitos de ejercicio |
| () | () | mis actividades en el tiempo para la recreación |
| () | () | mi consumo de drogas/alcohol |
| () | () | mis hábitos de sueño. |

Al tomar todo en consideración, antes de que sucediera el incidente de crisis, por encima de todo, yo estaba:

- () muy satisfecho con mi vida
- () moderadamente satisfecho con mi vida
- () completamente satisfecho con mi vida
- () un poco satisfecho con mi vida
- () insatisfecho con mi vida.

1. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas durante el año anterior.

1. _____

2. _____

3. _____

3. Comparado con el del año anterior, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

mucho menor menor el mismo mayor mucho mayor

Actividad 1

Actividad 2

Actividad 3

Los siguientes incisos le dan a su orientador una comprensión de los sentimientos que son más característicos de usted en este periodo de su vida.

1. Repase la lista de sentimientos y verifique aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo usted últimamente.

- | | | |
|----------------|-----------------|----------------|
| () excitado | () Abrumado | () Energético |
| () enojado | () Tenso | () Culpable |
| () solo | () Jovial | () Contento |
| () Feliz | () Optimista | () Cínico |
| () Triste | () Intranquilo | () Abúrrido |
| () "Aturdido" | () Temeroso | () Exhausto |
| () Relajado | () Receloso | () Otros |
| () Satisfecho | | |

Repase la lista de sentimientos una vez más y seleccione los cinco que fueron característicos en usted antes del incidente de crisis.

_____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____

2. Haga una lista de más de tres sentimientos que usted desea experimentar con menos frecuencia:

1. _____

2. _____

3. _____

Haga una lista de más de tres sentimientos que usted desea experimentar con más frecuencia:

2. _____

3. _____

B)

Por favor complete las siguientes oraciones:

Siento que estoy en mi mejor condición cuando: _____

Me siento del peor cuando: _____

Las siguientes preguntas conciernen a su bienestar corporal.

Desde el incidente de crisis, yo he tenido:

- Dolores de cabeza
- Taquicardias
- Dolores estomacales
- Dolor abdominal
- Disminución en el interés por el sexo
- Presión sanguínea alta/baja
- Alergias
- Tics
- Pérdida de peso
- Complicaciones intestinales
- Menstruación dolorosa
- Ataques de mareo
- Asma
- Artritis
- Disminución en la energía
- Otros

Por favor repase la lista de nuevo y encierre en un círculo aquellos problemas que le han inquietado en algún momento anterior de su vida; esto es, antes de su crisis actual. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico, como resultado del incidente de crisis?

- No
- Sí. Nombre del médico: _____

¿Consume usted algún medicamento para alguno de sus problemas actuales de salud?

- No
- Sí. Por favor, especifique: _____

Pot favor evalúe qué tan tenso se siente en el aspecto físico actualmente.

1 2 3 4 5 6 7

Cómodamente relajado () () () () () () () extremadamente tenso

¿Qué parte de su cuerpo se siente más tensa? _____

¿Se siente usted cerca de su familia?

- Sí, muy cerca ()
- moderadamente cerca ()
- neutral ()
- distante ()
- muy distante ()

Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice sus nombres de pila:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

¿Quién es actualmente la persona más importante en su vida? _____

¿Es usted miembro de algún club social, confraternidad; etcétera?

- No
- Sí. Especifique: - _____

¿Es usted miembro de una iglesia, sinagoga u otra organización religiosa?

- No. Especifique: _____; _____

Actividades en las que participó el mes pasado: _____

Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

- No, no me gusta pedir ayuda.
- Sí, me pongo en contacto con: 1. _____ y/o
- 2. _____ y/o
- 3. _____ y/o

4. _____

Verifique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted:

- | | | |
|--------------|------------------|---|
| Falso
() | Verdadero
() | El incidente de crisis me impide alcanzar una meta muy importante.
(especifique) _____ |
| () | () | Pienso en este incidente una y otra vez. |
| () | () | De algún modo me siento responsable por lo que ha sucedido.
(especifique), _____ |
| () | () | Sufro de pesadillas con respecto al incidente. |

Por favor complete las siguientes oraciones:

Siento que estoy en mi mejor condición cuando: _____

Me siento de lo peor cuando: _____

Las siguientes preguntas conciernen a su bienestar corporal.

Desde el incidente de crisis, yo he tenido:

- Dolores de cabeza
- Taquicardias
- Dolores estomacales
- Dolor abdominal
- Disminución en el interés por el sexo
- Presión sanguínea alta/baja
- Alergias
- Tics
- Pérdida de peso
- Complicaciones intestinales
- Menstruación dolorosa
- Ataques de mareo
- Asma
- Artritis
- Disminución en la energía
- Otros

Por favor, lea la lista de nuevo y encierre en un círculo aquellos problemas que le han molestado en algún momento anterior de su vida; esto es, antes de su crisis actual. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico, como resultado del incidente de crisis?

- No
- Sí. Nombre del médico: _____

¿Consume usted algún medicamento para alguno de sus problemas actuales de salud?

- No
- Sí. Por favor, especifique: _____

Por favor evalúe qué tan tenso se siente en el aspecto físico actualmente.

1 2 3 4 5 6 7

Cómodamente relajado () () () () () () () extremadamente tenso

¿Qué parte de su cuerpo se siente tenso? _____

¿Se siente usted cerca de su familia?

- Sí, muy cerca () moderadamente cerca () neutral ()
- distante () muy distante ()

Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice sus nombres de pila:

1. _____

2. _____

3. _____

¿Quién es actualmente la persona más importante en su vida? _____

¿Es usted miembro de algún club social, confraternidad, etcétera?

- No
- Sí. Especifique: _____

¿Es usted miembro de una iglesia, sinagoga u otra organización religiosa?

- No
- Sí. Especifique: _____

Actividades en las que participó el mes pasado: _____

Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien ¿se pone en contacto con otras personas?

- No, no me gusta pedir ayuda.
- Sí, me pongo en contacto con: _____ y/o _____
- 2. _____ y/o _____
- 3. _____ y/o _____
- 4. _____ y/o _____

Verifique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted:

- Falso Verdadero
- El incidente de crisis me impide alcanzar una meta muy importante. (especifique) _____
- Pienso en este incidente una y otra vez.
- De algún modo me siento responsable por lo que ha sucedido. (especifique) _____
- Sufro de pesadillas con respecto al incidente.

Cuando me imagino a mí mismo en este mismo momento : _____

Cuando pienso ahora en lo que sucedió, me doy cuenta de que yo debería: _____

Ahora que esto (el incidente de crisis) ha ocurrido, yo: _____

Yo tomo en consideración la posibilidad de quitarme la vida

() nunca () algunas veces () con mucha frecuencia

Me siento con ganas de hacer daño a alguien

() nunca () algunas veces () con mucha frecuencia

Por favor, descríbase brevemente a sí mismo: _____

¿Cómo te sientes en la actualidad y estás:

- () muy satisfecho con mi vida
 () moderadamente satisfecho con mi vida
 () Justificadamente satisfecho con mi vida
 () un poco insatisfecho con mi vida
 () Insatisfecho con mi vida

Mis mejores características son: _____

¿pero que la orientación pueda ayudarle para: _____

Me gustaría que mi orientador fuera a: _____

APÉNDICE



Ruth H. Striegel-Moore
Karl A. Slaikeu

Glosario de técnicas de terapia para crisis

Animado por el glosario del libro de Lazarus (1981) acerca de la terapia multimodal, el presente glosario incluye una selección de técnicas terapéuticas que han sido efectivas en la terapia para crisis y la psicoterapia en general. El glosario proporciona una breve descripción de cada técnica y proporciona referencias para el clínico, para que amplie su conocimiento y se le facilite la adquisición de las habilidades correspondientes. Los términos utilizados en las definiciones que aparecen como temas aparte dentro del glosario, están marcadas con negritas. Además, siempre que es posible, se realiza una referencia especial con respecto a la bibliografía que puede recomendarse para el paciente. Los libros y artículos que tienen el propósito de ser para el uso del paciente se marcan con un asterisco (*).

Entanto que este glosario puede ser de ayuda para reforzar las habilidades clínicas al proporcionar información, de ninguna manera es sustituto del entrenamiento profesional. Cuando se le utiliza sin una adecuada comprensión del comportamiento humano, conocimiento de la psicopatología y habilidades clínicas básicas, estas técnicas se reducen a artimañas que pueden, con algo de suerte, producir un cambio, pero también pueden llevar a un mayor deterioro del bienestar físico y psicológico del paciente. No importa qué técnica se seleccione y aplique, es responsabilidad del clínico hacer elecciones sobre la base de un sólido diagnóstico clínico y una evaluación firme de los posibles resultados.

AFECTO INDUCIDO

Esta técnica se emplea para la liberación de las emociones, y se utiliza con pacientes que han sido víctimas en un incidente traumático, como un ataque o una violación. Después de ser instruido en primera instancia para relajarse, se muestra al paciente el incidente traumático y se le pide que describa cada detalle referente al mismo. El terapeuta alienta la libre expresión de emociones y apoya al paciente en la clarificación de los sentimientos relacionados con el incidente. Este procedimiento ayuda al paciente a ponerse en contacto con las distintas emociones presentes en el momento del incidente, con la inclusión de aquellas que han sido olvidadas o bloqueadas y a aceptar y nombrar los sentimientos. (Kilpatrick y Veronen, 1983).

REFERENCIAS

- Kilpatrick, D.G., & Veronen, J. Treatment for rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L.H. O'Leary, W. Claiborn & G. Specter (Eds.), *Crisis intervention*. New York: Human Sciences Press, 1983.
- Ut, D.C. & Rudy, T.E. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. Special issue: Chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 1987, 25(4) 237-249.

ASIGNACIONES DE TAREA EN CASA

Las asignaciones de tareas para que el paciente las complete entre las sesiones de terapia, han sido utilizadas por el tiempo en la psicoterapia (Herzberg, 1945), pero son populares en especial en los planteamientos de modificación del comportamiento. Las tareas para casa se proponen para ayudar en el entrenamiento en relajación, desensibilización y entrenamiento de habilidades. Se espera que tales asignaciones contribuyan a un papel activo del paciente en la terapia, un incremento en la práctica del comportamiento que es difícil para el paciente y una mejor generalización a partir del éxito en el ambiente terapéutico hacia el entorno natural del mismo. Las asignaciones de tarea en casa se clasifican desde el llenado de tablas de observación del comportamiento (de sí mismo y de los demás) o cuestionarios, verificación de pensamientos, práctica de nuevos comportamientos, hasta la lectura de bibliografía (véase también biblioterapia). Cuando se asigna una tarea para completar se analizan las razones de ser de la misma con el paciente y se planean cuidadosamente las asignaciones, con el fin de evitar la resistencia o las experiencias de fracaso.

REFERENCIAS

- Herzberg, A. *Archive psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1945.
- Shelton, J.L., & Hennan, J.M. *Homework in counseling and psychotherapy*. Springfield, MA: Charles C. Thomas, 1974.

AUTOAYUDA

Los esfuerzos para promover el cambio de comportamiento que implican un mínimo contacto con el terapeuta únicamente, o que no lo implican, se llaman de autoayuda. Los programas de este tipo pueden continuarlos el paciente en lo individual únicamente, o pueden implicar la participación en un grupo, en el que todos los miembros del mismo padecen por el mismo problema e intentan facilitar el cambio al proporcionarse apoyo unos a otros.

Los programas de autoayuda (automodificación) individual han seguido predominantemente de la tradición de modificación del comportamiento (fenor, 1978), con el libro de Karen Homey (1942) acerca del autoanálisis como representante de una excepción a esta tendencia. Muchos programas de autoayuda han sido elaborados por médicos clínicos o académicos, quienes escarsumo conocimiento con libros de autoayuda. (Véase también biblioterapia). Los grupos de autoayuda, por otra parte, han sido desarrollados cuando varios individuos con problemas similares deciden conformar un grupo en el que todos pueden compartir sus problemas, y en el que los participantes trabajan juntos hacia las soluciones. La lista de los grupos de autoayuda es interminable, e incluyen a "Alcohólicos Anónimos (AA)", "Tala! Poimds Off Sensi'ly (TOPS)", Padres sin Pareja (en inglés "Parents without Parents") y muchos otros. Se han publicado algunos libros que proporcionan pautas para los grupos de autoayuda (como el de Orbach, 1976).

REFERENCIAS

- Homey, K. *Self-analysis*. New York: W.W. Norton, 1942.
- Orbach, S. *Fat is a feminist's friend* (2nd. ed.). New York: Paddington Press, 1978.
- Lauer, R.H., & Lauer, J. *Watersheds: Masturbating life's predictable crises*. Boston: Little, Brown & Co., 1988.
- Poston, C., & Lison, K. *Redeeming our lives: Hope for adult survivors of incest*. Boston: Little, Brown & Co., 1989.
- Stad, E. Forgotten victims: Children of alcoholics. *Psychology Today*, 1987, 21 (1), 58-62.
- Tenor, D. *Superself: A woman's guide to self-management*. New York: Jove/HBI, 1978.
- Watson, D.L., & Sharp, R.G. Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1972.
- Yoak, M., Chesney, B.K., & Schwartz, N.H. Active roles in self-help groups for parents of children with cancer. *Children's Health Care*, 1985, 14(1), 38-45.

Libros de autoayuda: Enfoques individuales:

- Altman, E., & Robin, R. *Pan-tune father*. New York: Signet Edition, 1977.
- Baer, F. *The second wife: How to live happily with a man who has been married before*. New York: Doubleday, 1972.
- Bames, E. *What do you say after you say, hello?* New York: Grove Press, 1972.
- Colgrove, M., Bloomfield, K.K., & McWilliams, P. *How to survive the loss of love*. New York: Bantam Books, 1976.
- Ellis, A. *How to live with him without anger*. New York: Readers Digest Press, 1977.
- Gardner, R. *The boys and girls book about divorce, with an introduction for parents*. New York: Bantam, 1971.
- Lazarus, A.A., & Fay, A.I. *How to do it*. New York: William Monow & Co., 1975.

- Roosevelt, R., & Lofas F. *Living in step*. New York: Stein and Day, 1976.
- Ryersoo, E. *When your parent drinks too much: A book for teenagers*. New York: FIC's on File Publications, 1985.
- Satir, V. *People making*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1972.
- Selye, H. *Stress without distress*. New York: Signet, 1974.
- Slaikue, K.A. & Lawbead, S. *Up from the ashes: How to survive and grow through personal crisis*. Grand Rapids, Michigan: Zondervan Publishing House, 1987.
- Tay, A. *Making things better by making them worse*. New York: Hawlhome, 1918.
- Woolfolk, R., & Richardson, F. *Stress, sanity and survival*. New York: Simon & Schuster, 1978.

BIBLIOTERAPIA

Por su sentido más amplio, la biblioterapia se refiere al uso de trabajos literarios, que incluyen la ficción, en el tratamiento de problemas físicos o psicológicos. Una subcategoría especial en los programas de autoayuda, que desatabea conjuntos específicos de procedimientos terapéuticos que pueden alcanzarse sin la ayuda del terapeuta. Los libros de autoayuda existen dentro de una gran variedad de técnicas, que incluyen las del comportamiento, de la Gestalt, de lo emocional, transaccionales y de procedimientos hipnóticos. En el decenio de 1970, la tendencia de "hágalo usted mismo" encontró su camino dentro de la psicoterapia, lo que redundó en numerosas publicaciones. Las referencias a libros o folletos que abordan problemas psicológicos y el cambio de comportamiento en general se listan bajo el apartado de "autoayuda" en este glosario. Las publicaciones que abordan problemas más específicos se hallan dentro de esta parte del glosario.

REFERENCIAS

- Glasgow, R.W., & Rosen, G.M. Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 1978, 85, 1-23.
- Smith, D. & Bw-khalter, J.K. The use of bibliotherapy in clinical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 1987, 9(3) 184-190.

BIORRITROALIMENTACIÓN

En el entrenamiento en biorritroalimentación, se proporciona al paciente información continua con respecto a la actividad de un parámetro fisiológico particular. Los que se utilizan con mayor frecuencia son la actividad electromiográfica (electromiograma: EMG), los ritmos electroencefalográficos (electroencefalograma: EEG) y el ritmo cardíaco (electrocardiograma: ECG). En la retroalimentación biofísica, el paciente, de manera característica, intenta cambiar alguna respuesta fisiológica en una dirección que se piensa que será benéfica. Cuando se utiliza para enseñar la relajación muscular, se elige la retroalimentación de EMG. Después de explicar de manera cuidadosa el procedimiento, el terapeuta o el técnico entrenan al paciente en intervalos de 20

minutos, en un laboratorio o, dada la disponibilidad del equipo portátil, en la oficina del profesional en cuestión. Para facilitar la transferencia del entrenamiento, también con frecuencia se enseñan a los pacientes técnicas de relajación que no requieren de un equipo electrónico. (Véase la relajación muscular profunda)

REFERENCIAS

- Budzyniski, T.H., Stoyva, J.M., & Peffer, K.E. Biofeedback techniques in psychosomatic disorders. In Goldstein, A. & Foa, E.B. (Eds.), *Handbook of behavioral interventions*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- Gardner, K.R. & Montgomery, S. *Clinical biofeedback: A procedural manual*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1977.
- Roberts, A.H. Literature update: Biofeedback and chronic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1987, 2(3), 169-171.

CONTROL DEL DOLOR

Similares a la inoculación de estrés para la ansiedad o la ira, los programas de control del dolor han sido elaborados para enseñar al paciente a enfrentarse con el dolor esperado, agudo o crónico. La mayoría de los procedimientos son más bien complicados, y contienen aspectos informativos para enseñar sobre la apreciación cognoscitiva, el entrenamiento en relajación (biorretroalimentación) para disminuir la tensión relacionada con el dolor, y la reestructuración cognoscitiva para fomentar el enfrentamiento con la aflicción.

REFERENCIAS

- Turic, D.C. & Rudy, T.E. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients, Special issue: *Chronic pain, Behavior Research and Therapy*, 1987, 25 (4), 237-249.
- Turic, D.C., & Genest, M. Regulation of pain: The application of cognitive and behavioral techniques for prevention and remediation. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive behavioral interventions*. New York: Academic Press, 1979.
- Turic, D.C., Meichenbaum, D., & Bemlan, W.H. Application of biofeedback in the regulation of pain: A critical review. *Psychological Bulletin* 1979, 86, 1322-1338.

CONTROL DE LA IRA

El manejo de la ira, según lo practica Novaco (1979), es una derivación del entrenamiento en inoculación de estrés. Novaco considera a la ira como un sentimiento que tiene funciones positivas y, por tanto, no instruye en la supresión de la misma. Antes bien, la meta del entrenamiento es aprender a reconocer la ira y expresarla adaptativamente. La primera fase, la preparación, consiste en la educación acerca de la excitación de la ira y sus determinantes, la identificación de las situaciones que la desatan, el discernimiento de los sucesos

de ira adaptativos opuestos a los desadaptativos, y la presentación de las técnicas de control de la ira como estrategias de enfrentamiento para manejar el conflicto y el estrés. La segunda fase, la adquisición de habilidades, abarca el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento cognoscitivas y conductuales. En el nivel cognoscitivo, se instruye al paciente para modificar la apreciación de la situación en la cual surge la ira. El paciente aprende a hacer afirmaciones autoinstruccionales que funcionan como una guía interna para el comportamiento. Además, se destaca la solución de problemas. El componente conductual incluye el entrenamiento en relajación, el retraso del impulso y el entrenamiento en comunicación verbal. Las varias técnicas de enfrentamiento se enseñan por medio de la instrucción, el modelado y el ensayo de comportamiento. En la tercera fase, la aplicación, el terapeuta induce la ira, y estos estímulos inducidos se utilizan para el entrenamiento de las habilidades recientemente adquiridas.

REFERENCIAS

- Nomellini, S. & Katz, R.C. Effects of anger control training on abusive parents. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7(1), 57-67.
- Novaco, R.W. The cognitive regulation of anger and stress. In P.C. Kendall & S. Hollon (&ls.), *Cognitive behavioral interventions*, New York: Academic Press, 1979, .. Chaptec8.

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Se instruye al paciente en la respiración profunda, diafragmática. Después de ella, el siguiente paso es inhalar aire, en tanto, al mismo tiempo, se empuja el diafragma hacia abajo y afuera (con lo que se forma una gran cavidad), con lo cual se provee de espacio suficiente para que el aire fluya hacia los pulmones. Entonces el aire se libera lentamente, mientras, a un mismo tiempo, se contrae el abdomen. Se instruye al paciente para contar rítmicamente durante el ejercicio para emplear una cantidad de tiempo en la inhalación y la exhalación. El control de la respiración se utiliza como un accesorio en el lugar de otras técnicas de relajación. También es una parte valiosa del manejo de la ansiedad o de la inoculación de estrés.

REFERENCIAS

- Rawla, B.S.A. *Yoga*. New York: Pyramid Books, 1974.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Esta técnica de reducción de la ansiedad fue desarrollada primero por Salter (1949) y Wolpe (1958). Se basa en el supuesto de que una respuesta de temor puede inhibirse al sustituirlo con una actividad que sea antagónica de la respuesta de temor. La desensibilización conlleva exponer al paciente a una jerarquía de

situaciones adversas, en tanto que usted desempeña una actividad que es incompatible con la ansiedad. Para contracondicionar la respuesta de miedo se utiliza con mayor frecuencia la relajación, en cuyo caso se lleva a cabo el entrenamiento en relajación, de manera previa al programa de desensibilización. La exposición gradual a la situación temida puede realizarse en la fantasía de la persona o en la utilización de la imaginación o en la vida real-, *in vivo*. De manera usual, el procedimiento comienza con una situación totalmente no amenazante y, cuando ésta se ha dominado y no evoca ya más ansiedad, el entrenamiento progresa hacia un nivel más amenazante. Se alienta al paciente a practicar en su ambiente natural la respuesta recientemente aprendida, para proporcionar una exposición más amplia a la situación, y para asegurar la generalización desde la oficina del terapeuta a la vida cotidiana.

En la desensibilización de contacto (Bandura, 1969), el paciente puede observar a un modelo, que no necesariamente es el terapeuta, que se aproxima y domina a la situación. La fantasía emotiva (Lazarus y Abramovitz, 1962) es un intento por adaptar una desensibilización apropiada para los niños. En éstas, imágenes inibidoras de la ansiedad como ser un héroe o estar junto a un accidente, se evocan al narrarle al niño un relato que le provoque ansiedad. De manera gradual, las situaciones temidas o los acontecimientos que provocan miedo se entrelazan dentro de la historia, basta que el niño ha dominado todos los temas dentro de la jerarquía. La desensibilización sistemática puede combinarse con la imaginación positiva, la imaginación de enfrentamiento y las autoenseñanzas.

REFERENCIAS

- Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Deffenbacher, J.L. & Suinn, R.M. Systematic desensitization and the reduction of anxiety. *Counseling Psychologist*, 1988, 16(1), 9-30.
- Lazarus, A.A., & Abramovitz, A. *Learn to relax*. A recorded course in muscle relaxation. Johannesburg: Troubadour Records, 1962.
- Salter, A. *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age, 1949.
- Wilkins, W. Desensitization: Social & cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychological Bulletin*, 1971, 76, 311-317.
- Wolpe, F. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press, 1958.

DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Como indica su nombre, esta técnica se encamina a la terminación de cogniciones no deseadas, como las meditaciones, los pensamientos autodestructivos, los pensamientos que evocan temor (Wolpe, 1958). En ella, se pide al paciente que piense acerca de la cognición no deseada. Cuando el paciente indica que está profundamente adentrado en la cognición, el terapeuta grita "alto". Con frecuencia, esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir al pensamiento no deseado. Con la utilización de esta experiencia como modelo, se dan entonces instrucciones al paciente para practicar la detención de pensamientos

en la terapia, y después para que la practique por sí mismo. Inicialmente, se le dice al paciente que exclame el mandato de "alto", pero, finalmente, la señal autopresentada debe hacerse furtivamente.

REFERENCIAS

- Mahoney, M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Rimm, D.C. Thought stopping and covert assertion in the treatment of phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41, 466-467.
- Tillinghast, B.S., DuMars, R.C. & Lane, J.M. Reducing student stress utilizing thought stopping: A model. *Journal of Instructional Psychology*, 1987, 14(4), 159-163.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, San Francisco, Calif.: Stanford University Press, 1958.

DIALOGO ORIENTADO CONSIGO MISMO

Esta técnica conforma habilidades cognitivas de enfrentamiento. Ladesarrolló Meichenbaum (1974), en conjunción con su entrenamiento en inoculación de estrés. Cuando enseña el diálogo orientado consigo mismo, el terapeuta primero ayuda al paciente a concentrarse sobre el diálogo interno, o sobre las autoaseveraciones que el paciente piensa en situaciones problemáticas. Paciente y terapeuta identifican las autoaseveraciones irracionales, erróneas y autodestructivas (como la de "nunca puedo resolver este problema") y las aseveraciones fortalecedoras de tareas se generan para reemplazar el diálogo negativo con el logro. Cuando se prepara para una situación problemática, el paciente plantea y responde preguntas que ayudan a analizar la situación de una manera más racional (como en "¿qué debo hacer en este caso?"). Cuando maneja el problema, el paciente furtivamente genera autoaseveraciones de enfrentamiento como "da un paso cada vez", "tú puedes hacerlo, has manejado problemas similares antes". Otro importante grupo de autoaseveraciones abarca la verbalización encubierta de autoalabanza ["tuviste un plan y funcionó, hiciste un buen trabajo" (Veronen y otros, 1978)]. De manera usual, el paciente primero aprende a ensayar la utilización de las autoaseveraciones en la sesión de terapia. En tanto que obtiene las habilidades respectivas, se proporcionan asignaciones de tarea en casa, con la utilización de situaciones de dificultad gradualmente creciente.

REFERENCIAS

- Meichenbaum, D.H. *Cognitive behavior modification: An interpretive approach*. New York: Plenum Press, 1977.
- Veronen, L.F., Kilpatrick, D.G., & Resick, P.A. Stress inoculation training for victims of rape. Paper presented at the Workshop on Therapy for Victims of Rape at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, Illinois, November 1978.

DIETA Y NUTRICIÓN

La importancia de una dieta bien equilibrada para la salud física y el bienestar psicológico se ha vuelto un tema popular entre los profesionales y sus pacientes/clientes. Esta popularidad se refleja en el creciente número de libros acerca de la nutrición y la frecuencia con que se analizan las dietas en las revistas y los diarios. Los nutrientes que se necesitan no sólo dependen de las características anatómicas y fisiológicas de una persona, sino también de variables psicológicas, como la cantidad experimentada de estrés. Ésta, por ejemplo, aumenta la cantidad de vitaminas que se requieren (Davis, 1970). Las deficiencias nutricionales pueden provocar un vasto orden de efectos psicológicos colaterales, como son dolores de cabeza, náusea, melancolía e irritabilidad (Thom y otros, 1943). Existe una amplia variedad de libros bien escritos y valiosos para utilizarlos como un accesorio a la orientación individual. El hallador de comida para dieta de Casale (1975) proporciona una revisión de más de 200 libros acerca de nutrición en general y de dietas especiales, y es una guía útil para referencias en cuanto a cuestiones nutricionales específicas.

REFERENCIAS

- Casale, F.T. *The diet food finder*. New York: R.R. Bowker Company, 1975.
- *Davis, A. *Let's eat right to keep fit*. (2nd ed.) New York: Signet, 1970.
- Eckstein, E.F. *Food, People, and Nutrition*. Westport, Conn.: AUI Publishing, 1986.
- Thom, G.W., Quinby, J.T., & Clinton, M. A comparison of the metabolic effects of isocaloric meals of varying compositions with special reference to the prevention of postprandial hypoglycemic symptoms. *Annals of Internal Medicine*, XV, 1943, 913.
- Williams, R.J. *Nutrition in a nutshell*. Garden City, N.Y.: Doubleday, 1962.

EJERCICIO FÍSICO

La importancia de la buena condición física para la salud mental ha sido destacada por clínicos de muy diversos antecedentes teóricos. Lazarus (1975) considera el entrenamiento para la condición física como una respuesta de enfrentamiento; Solomon y Bumpus (1978) se enfocan al sentido del poder que se asocia con las proezas físicas en tanto que Selye (1976) postula que el ejercicio provee una distracción de las cogniciones productoras de ansiedad. En una reseña del impacto del entrenamiento para la condición física sobre la salud mental, Folkins y Sime (1981) concluyeron que aquél conduce a mejoramientos en el estado de ánimo, el autoconcepto y el desempeño laboral. Cooper (1968, 1970) proporciona orientación concreta en la elaboración de programas de ejercicio en tomo de una amplia gama de actividades; por ejemplo, caminar, trotar, hacer ciclismo, nadar, jugar balonmano y muchos otros.

REFERENCIAS

- *Cooper, K.H. *Aerobics*. New York: Bantam, 1968.
- *Cooper, K.H. *The new aerobics*. New York: Bantam, 1970.

- Folldns, C.H., & Sime, W.E. Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 1981, 36, 373-389.
- Gomez, I. *How not to die young*. New York: Pocket Books, 1973.
- Lazarus, R.S. A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist*, 1975, 30, 553-561.
- Seyle, H. Stress and physical activity. *McGill Journal of Education*, 1976, 11, 3-14.
- Solomon, E.G., & Bumpus, A.K. The running meditation response: An adjunct to psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 583-592.
- Wetder, H.P. & Ursano, R.J. A positive association between physical health practices and psychological well-being. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176(5) 280-283.

ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Originalmente, la inoculación de estrés se propuso para el tratamiento de la ansiedad (Meichenbaum, 1975), aunque más tarde se amplió a la ira y el dolor. Se trata de un enfoque de habilidades de enfrentamiento que intensifica la capacidad del paciente para responder a situaciones estresantes con emociones menos perturbadoras y un alto nivel de adaptación del comportamiento. El tratamiento incorpora tres fases: preparación cognoscitiva, adquisición de habilidades y entrenamiento en la aplicación. El fundamento que subyace al enfoque de enfrentamiento a factores de estrés como son temores, dolor o ira, es que éstos son aspectos inevitables de la vida que deben manejarse y, como resultado del entrenamiento, éstos se convierten en otros que desencadenan las respuestas de enfrentamientos recientemente adquiridas.

REFERENCIAS

- Meichenbaum, D. A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In C. Spielberger & I. Sarason (Eds.), *Stress & anxiety*, Vol. 2, New York: Wiley, 1975.
- Meichenbaum, D.H. & Deffenbacher, J.L. Stress inoculation training. *Counseling Psychologist*, 1988, 16(1), 69-90.
- Veronen, L.F., Kilpatrick, D.G., & Resick, P.A. *Stress inoculation training for victims of rape*. Presented at the workshop "Therapeutic issues in research and treatment." 12th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, Ill., November 18, 1978.

ENSAYO DE COMPORTAMIENTO

Se instruye al paciente en nuevos comportamientos al practicarlos durante la sesión de terapia. El ensayo de comportamiento proporciona un paso intermedio en la modificación de éste, con el cambio final de comportamiento que ocurre mientras el paciente prueba el nuevo patrón de éste. Los procedimientos de ensayo son apropiados para tratar las carencias conductuales y para preparar al

paciente para situaciones nuevas (por ejemplo, una víctima de violación que se prepara para el juicio en la corte). De manera usual, el ensayo de comportamiento abarca cuatro etapas: preparación del paciente (con la explicación de la necesidad de aprender un nuevo patrón de comportamiento, la obtención del consentimiento del paciente para utilizar el ensayo de comportamiento como método y ayudarlo a superar la ansiedad inicial); selección de situaciones-objetivo; ensayo de comportamiento; y transferencia a situaciones de todos los días. El ensayo de comportamiento de manera usual se interpreta como un proceso gradual de adaptación y puede combinarse con otras técnicas, como son el modelamiento y la retroalimentación.

REFERENCIAS

- Goldfried, M.R. & Davison, G.C. *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976, Capítulo 7.
- Eisler, M. & Hersen, M. Behavioral techniques in family-oriented crisis intervention. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 28: 111-116.
- LaFromoise, T.D., & Rowe, W. Skills training for multicultural competence: Rationale and application. *Journal of Counseling Psychology*, 1983, 30(4), 589-595.

ENTRENAMIENTO AUTOGNICO

Esta técnica de relajación fue desarrollada primero por Schultz y Luthe (1959) e implicó el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la estrecha orientación de un instructor, el paciente aprende primero a relajar varios grupos de músculos. Al tenderse sobre el suelo o sobre una camadura, los ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de lo cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente: "mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repiten para todas las áreas musculares importantes. El entrenamiento autogénico avanza, se aprenden las sugerencias para controlar diferentes sistemas orgánicos y, finalmente, se agrega la producción de tantas fases sugeridas.

REFERENCIAS

- Pilrott, H. A critical review of autogenic training in America. *Clinical Psychology Review*, 1984, 4(6), 619-639.
- Schultz, J.H., & Luthe, W. *Autogeni: Training*. New York: Grune & Stratton, 1959.

ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Se ha utilizado una variedad de técnicas para ayudar a los pacientes a comportarse de manera más asertiva en las relaciones interpersonales. Alberti y Emmons (1970) definen el comportamiento asertivo como aquel que "capacita a una persona a actuar en favor de su mejor beneficio, apoyarse a sí misma sin

ESCUCHAR DE MANERA ACTIVA

En el escuchar de manera activa, el terapeuta pone atención de modo cuidadoso, lo mismo en el aspecto físico que en el psicológico, de los mensajes que transmite el paciente. El terapeuta comunica comprensión y empatía al reformular y sintetizar las afirmaciones explícitas del paciente, al poner atención a las señales no verbales y paraverbales del paciente y al guiarlo a la clarificación y ampliación de los asuntos que se abordan. Es importante permitirle al paciente que encauce el flujo de la conversación y que evite las afirmaciones cólicas o enjuiciantes.

REFERENCIAS

- Carkhuff, R.F. *Helping and human relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Egan, G. *The skilled helper*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole Publishing Co., 1975.
- Gordon, T. *Parent effectiveness training*. New York: McKay, 1970.

ESTABLECIMIENTO DE REDES

El establecimiento de redes es un planteamiento terapéutico que se encamina a la movilización de los sistemas de apoyo de la familia y de las amistades. La red social del paciente se reúne para aliarse en un esfuerzo de colaboración para solucionar una crisis. Los objetivos generales para la intervención en red son facilitar la participación; desarrollar y alentar la participación de los problemas y el intercambio de opiniones; facilitar la solución de problemas, especialmente cuando los esfuerzos hacia la resolución de la crisis están en un callejón sin salida; y auxiliar en el desarrollo de grupos de apoyo temporal.

REFERENCIAS

- Rueveni, U. *Networking families in crisis: Intervention strategies with families and social networks*. New York: Human Sciences Press, 1979.

EXPRESIÓN DE LA IRA

La ira es una emoción que se experimenta de manera común durante un estado de crisis. Sin embargo, la expresión abierta de la ira es, con frecuencia, reprimida socialmente, y muchos pacientes encuentran difícil reconocerla o admitirla. El objetivo de la expresión de la ira es ayudar al paciente a entender y aceptar los sentimientos de ira, porque únicamente cuando se "toma en propiedad" la ira, puede eliminarse mediante el argumento racional o puede expresarse de manera adecuada con la utilización de afirmaciones asertivas.

El terapeuta puede facilitar la expresión de la ira mediante las afirmaciones afirmativas ("si esto me hubiera pasado a mí, yo estaría muy enojado"),

mediante aseveraciones indagatorias ("¿no provocó el hecho que usted se enojara?"), o mediante la inversión de roles en la que el terapeuta interpreta al paciente y expresa la ira de una manera abierta.

En los ambientes grupales, los pacientes que son más libres en su expresión de ira pueden servir como modelos para aquellos que son más inhibidos, y quien hace la función de facilitamiento en el grupo debe alentar la participación abierta de los sentimientos.

REFERENCIAS

- Lazarus, A. *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1981.
- Wheeler, H. *Silent victims of incest-peer group project*. In A. W. Burgess & B. A. Baldwin (Eds.), *Crisis intervention: Theory and practice*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1981, 258-274.

HIPONOSIS

En tanto que las culturas orientales tienen una larga tradición en las técnicas hipnóticas, especialmente aquellas que implican las autosugestiones (como la meditación), la hipnosis fue aceptada en países de occidente únicamente alrededor de 1800, cuando científicos en Francia (Mesmer) y Gran Bretaña (Eisdales y Braid) estudiaron el fenómeno hipnótico. El procedimiento hipnótico usual comienza con una inducción, instrucciones planeadas para conducir al paciente de un estado de vigilia a uno de trance, en el cual el paciente es más receptivo y ha incrementado la sugestionabilidad. El estado de trance se consigue generalmente al dar instrucciones al paciente para observar un objeto, en tanto que el terapeuta repite varias sugerencias (relajación, cansancio en los ojos, aumento en la conciencia de las sensaciones). El estado hipnótico se profundiza con sugerencias más amplias, y la conciencia del paciente se concentra más y más exclusivamente en la voz del terapeuta. Se han desarrollado distintas estrategias de inducción de la hipnosis (Kroger, 1976). Ejemplos para el uso único de la hipnosis incluyen la remoción y sustitución de síntomas (Karlín y McKnight, 1966), la facilitación del conocimiento de elementos inconscientes (Quill y Brenman, 1959) y el control del dolor (Hilgard y Hilgard, 1975). Como un accesorio a la terapia para crisis, Baldwin (1978) argumenta que la hipnosis intensifica el efecto de las técnicas no hipnóticas, por causa de una redistribución de la atención, un incremento en la disponibilidad de los recuerdos, una elevación en la capacidad para la producción de fantasías y para la creatividad, y un incremento en la sugestionabilidad.

REFERENCIAS

- Baldwin, B.A. *Crisis intervention and enhancement of adaptive coping using hypnosis*. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1978, 21, 38-44.
- Frankel, F.L., & Zamansky, H.S. (Eds.), *Hypnosis at its bicentennial: Selected papers*. New York: Plenum Press, 1978.
- Gill, M.M., & Brenman, M. *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International University Press, 1959.

- Hilgard, E.R., & Hilgard, J.R. *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, Calif. William Kaufman, 1975.
- Katlin, R.A., & McKeon, P. *The use of hypnosis in multimodal therapy*. In A.A. Lazarus, *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer, 1976.
- Kroger, W.S. *Clinical and experimental hypnosis*, (2nd. ed.). Philadelphia: J.B. Lippencott, 1976.
- O'Hanlon, W.H. *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy & Hypnosis*. New York. W.W. Norton, 1987.
- Valdiserri, E.V. Bynne, J.P. Hypnosis as emergency treatment for a teen-age rape victim. *Hospital and Community Psychiatry*, 1982, 33, (9), 767-769.

IMAGINERÍA: PARA EL ENFRENTAMIENTO Y POSITIVAS

La imaginación en general se refiere a la imagen mental o representación cognoscitiva de experiencias o situaciones personales. Se le puede utilizar en la terapia como un sustituto para la reproducción de situaciones de la vida real (por ejemplo, fantasear que se dice un discurso delante de un gran auditorio), como en la desensibilización sistemática. Homme (1965) y, más tarde, Cautela (1971) y Kazdin (1976) están entre quienes proponen esto y utilizan las imágenes mentales de los pacientes en conjunción con otras técnicas conductuales.

Cuando se induce la imaginación de enfrentamiento, se instruye al paciente para que fantasee que es capaz de enfrentarse a una situación problemática específica. En otras palabras, el paciente se imagina a sí mismo en la ejecución de una actividad que le es muy difícil o que es altamente productora de ansiedad.

Relacionada estrechamente con la imaginación de enfrentamiento está la imaginación positiva, en la que el paciente fantasea con una autoimagen positiva. En la técnica de la autoimagen idealizada de Suskind (1970), se le pide al paciente que imagine algún cambio deseable en su comportamiento y, entonces, se le alienta para superponer activamente la autoimagen idealizada a la autoimagen actual. El fundamento de este procedimiento es el supuesto de que la nueva autoimagen positiva funciona como una base para iniciar nuevos comportamientos, los cuales son congruentes con esta nueva autoimagen.

REFERENCIAS

- Cautela, R.F. Covert extinction. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 192-200.
- Ellis, A., & Abrams, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer, 1978.
- Homme, L.E. Perspectives in psychology - XXIV control of coverants: the operators of the mind. *Psychological Record*, 1965, 15, 501-511.
- Kazdin, A. E. Assessment of imagery during covert modeling of assertive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1976, 7, 213-219.
- Singer, I.L. *Imagery and daydreaming in psychotherapy and behavior modification*. New York: Academic Press, 1974.
- Susskind, D.R. The idealized self-image (ISI): A new technique in confidence training. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 538-541.

IMPLOSIÓN (INUNDACIÓN)

La implosión fue desarrollada primero por Stampfel (1966) y pertenece a la categoría de las técnicas de reducción de ansiedad. Se basa en el supuesto de que cualquier temor puede extinguirse al proveer al paciente de la experiencia de que un resultado esperado y altamente temido no acontece. Por tanto, la tarea fundamental del terapeuta es, repetidamente, volver a presentar, restablecer o reproducir simbólicamente aquellas situaciones a las cuales se ha condicionado la respuesta de ansiedad. Cuando crea una situación productora de ansiedad, el terapeuta, lo mismo si es *in vivo* que en la imaginación del paciente, intenta alcanzar un máximo nivel de ansiedad. Cuando éste se experimenta, se sostiene al paciente en este nivel, hasta que acontece una disminución en el valor de producción de la ansiedad. La misma situación se presenta una y otra vez, hasta que la misma deja de provocar la ansiedad. Se introducen variaciones de la situación, para una mayor generalización. De manera usual, se asignan al paciente tareas para casa, para proveerle de repeticiones adicionales.

REFERENCIAS

- Levis, D.J. Implementing the technique of implosive therapy. In A. Goldstein, & E. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral intervention*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- Levis, D.J., & Hare, N.A. A review of the theoretical and rationale and empirical support for the extinction approach of implosive (flooding) therapy. In M. Hersen, M. Eysler, & P.M. Miller (&ls.). *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press, 1977.
- Stampfel, T.G. Implosive therapy. Part. I. The Theory. In S.G. Armistead (&ls.), *Behavior modification techniques in the treatment of emotional disorders*. Battle Creek, Mich.: U.S. Veterans Administration, 1966.

MASAJE

Las técnicas de masaje se utilizan para disminuir la tensión muscular. Cuando se ejecuta de manera experta, el masaje incrementa la circulación sanguínea de modo local, libera la tensión muscular y reduce el dolor. Los efectos benéficos del masaje pueden aumentarse por medio del entrenamiento en relajación y ejercicios físicos, como la gimnasia u otros deportes.

REFERENCIAS

- Benjamin, B.E. *Are you tense? The Benjamin system of muscular therapy*. New York: Pantheon Books, 1978.
- Downing, G. *The 11111 Sage book*. New York: Bookworks/Random House, 1972.

MEDITACIÓN (YOGA)

Varias técnicas de meditación han sido recomendadas para fines terapéuticos. Todas ellas tienen en común que dan instrucciones al paciente para sentarse

tranquilamente y mantener la concentración en un pensamiento, palabra u objeto paniculares. La meditación puede utilizarse como técnica de relajación, pero con frecuencia se incluye en el yoga con un enfoque fundamentalmente religioso, a saber, la progresión hacia la unión con Dios. Las técnicas de meditación son muy similares a las de la autohipnosis (en las cuales los pacientes se hacen sugerencias a sí mismos). Un ejemplo de ejercicio de meditación es la concentración en una vela ardiente, la cual se utiliza como punto para la fijación. Se dan instrucciones al paciente para que mire la llama y respire de manera rítmica, y entonces cierre los ojos y trate de conservar la imagen de la vela. Si ésta se desvanece, el paciente puede reabrir los ojos brevemente y, entonces, cerrarlos de nuevo y continuar imaginando la llama. En tanto progresa la meditación, el paciente contempla los aspectos positivos de la luz y se imagina que tiene esa luz dentro de sí mismo. El objetivo de la meditación es alcanzar un estado de relajación, nueva armonía y paz consigo mismo, mediante las autosugestiones positivas.

REFERENCIAS

- Corey, W. Expectations, hypnosis and suggestion in behavior change. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein, (&Is.), *Helping people change* (2nd ed.). New York: Pergamon Press, 1980.
- Elisberg, M. Yoga: Immortality and freedom. (2nd ed.). New York: Bollingen, 1970.
- *Rawls, E.S. *A handbook of yoga*. New York: Pyramid Books, 1974.

MODELAMIENTO

Esta técnica se utiliza para enseñar nuevos comportamientos, aumentar la frecuencia de los comportamientos deseables y disminuir los indeseables. En la variedad más sencilla del modelamiento, se expone al paciente a uno o más individuos que demuestran el comportamiento-objetivo. El modelamiento puede presentarse en vivo, simbólicamente (con un vídeo) o de manera imaginaria (modelamiento encubierto).

Las variaciones de este procedimiento básico son el modelamiento participativo (el paciente actúa el comportamiento-objetivo durante la secuencia del modelamiento), el modelamiento orientado (durante el cual el terapeuta proporciona ayuda directa), y la combinación de modelamientos con reforzamiento de los esfuerzos exitosos; El practicar el comportamiento-objetivo es un aspecto importante en el modelamiento exitoso. Por consiguiente, con la excepción del ensayo de comportamiento durante las sesiones, las asignaciones de tareas son comunes.

REFERENCIAS

- Eisler, M., & Hersen, M. Behavioral techniques in family-oriented crisis intervention. *Archive of General Psychiatry*, 1973, 28, 111-116.
- Rimm, O.E., & Masters, F.C. *Behavior therapy* (2nd ed.). New York: Academic Press, 1979, Chap. 4.

ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA

En la orientación anticipatoria, el terapeuta ayuda al paciente a anticipar determinados acontecimientos externos o internos y a preparar al individuo en crisis para tales sucesos. El saber qué consecuencias de largo plazo puede tener un determinado incidente de crisis, ayuda al paciente a planear y movilizar estrategias efectivas de enfrentamiento por adelantado, lo cual aumenta la probabilidad de un ajuste adaptativo emocional a cambios o transiciones inevitables. La orientación anticipatoria puede utilizarse lo mismo antes de un incidente precipitante de crisis que durante la terapia para la misma.

REFERENCIAS

- Caplan, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.
- Kane, R.P. Preparing children for situational crises. *Journal of Children in Contemporary Society*, 1982, 14, (2-3), 27-34.
- Sutherland, S. & Scherl, D.J. Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1970, 40, 503-511.

PROVOCACIÓN DE IRA

Esta técnica alienta a los pacientes a expresar su ira reprimida hacia el terapeuta, quien ha sido de sí mismo un blanco para ésta. El motivo principal de semejante enfoque es que la ira puede motivar al paciente y, de esta manera, ayudar a superar la pasividad patológica. La provocación de ira abarca una actitud agresivo-abrasiva de parte del terapeuta. Los ejemplos incluyen llegar tarde a citas de manera deliberada, no hacer caso del paciente durante la sesión (por ejemplo, al leer un periódico en lugar de hablar con el paciente) y responder de una manera apoyadora tan pronto como el paciente exprese su ira acerca de semejante tratamiento.

En la bibliografía, la provocación de ira se menciona principalmente con respecto al manejo de pacientes gravemente deprimidos. La provocación de ira debería utilizarse únicamente en casos excepcionales, cuando otros esfuerzos para movilizar al paciente han fracasado.

REFERENCIAS

- Brodsky, L. *Anger provocation as a crisis intervention technique*; Hospital & Community Psychology, 1977, 28, 533-536.
- Uebennan, R. A behavioral approach to group dynamics II: Reinforcing and prompting hostility to the therapist in group therapy. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 312-327.

REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

La reestructuración racional cognoscitiva o sistemática se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente. Se desarrolla a partir de la terapia racional emotiva de Ellis (1974), la meta es ayudar a los pacientes

adesanollar lacapacidad para evaluar losincidentespotencialmente trastomantes de una manera más realista. Existen pocos enfoques para la reestructuración cognoscitiva, IOdos loscuales sonmuy similares (Meichenbaum, 1977).Goldfried y Goldfried (1980) utilizan un procedimiento de cuatro pasos para llevar a la práctica la reestructuración racional. Primero, el paciente aprende a peicatarse de que las cogniciones intervienen en la excitación emocional. En segundo lugar, se enseña al paciente a reconocer la irracionalidad de determinadas creencias. En laobra de Harnrond y Stanfield (1981) se listan ejemplos de las distorsiones en la autodefinción, de la autofrustración de metas/ideales en la vida, y de las creencias irracionales acerca de otras personas y de la vida en general. En tercer lugar, se ayuda al paciente a Ver cómo estas cogniciones no realistas intervienen en las emociones desadaptativas. El cliente, consciente y deliberadamente, se ocupa de hacer algo de manera diferente cuando se siente alterado. La respuesta emocional se torna como una señal paradetener laacción y reevaluar lasituación. La intención es, en cuanto a una evaluación más realista, conducir a respuesta > emocionales y conductuales .más adaptativas.

REFERENCIAS

- Ellis, A. *Growth through reason* (2nd. ed.). Hollywood, Calif.:Wilshire Books, 1974.
- Goldfried, M.R. Application of rational restructuring to anxiety disorders. *Counseling Psychologist*, 1988, 16(1) 50-68.
- Goldfried, M.R., & Goldfried, A.P. Cognitive cluInge methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping Peopple Change* (2nd ed.). New York: Pergamon Press, 1980.
- Hammond, D.C., & Stanfield, K. *Multidimensional psychotherapy: A counseúm 'guide for the mapform*. Champaign, fil:Institute for Personality and Ability Testing, 1977.
- Meichenbaum, D.H. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press, 1977.
- Tosi, D., & Moleski, R.L. Rational-emotive crisis intervention therapy. *Razional Uving*, 1975, 10, 32-37.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA

Esta técnica de relajación fue desarrollada por Jacobson (1974) e implica el entrenamiento en el contraste de tenSión-relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensor y liberar cada zona muscular importante: manos, brazos, pecho, hombros, la parte superior de la espalda, la parte inferior de la espalda, abdomen, trasero, muslos, músculos de la pantorrilla. pies, nuca., garganta, mandíbulas, ojos y frente. La relajación total usualmente se realiza sentándose en una silla reclinable e incluyendo todas las zonas musculares en una sesión de enñrenamiento.

La relajación diferencial puede practicarse mientras se llevan cabootras actividades almismo tiempo. Aquí, el paciente relaja deliberadamente aquellos músculos que no están en uso durante una actividad en curso. Por ejemplo, mientras mecanograffa una carta, una secretaria puede aprender a liberar intencionadamente la tensión en su frente. De manera usual, la relajación diferencial se enseña después de que el paciente ha dominado la relajación muscular total. :

REFERENCIAS

- Bemstein, D.A., & Borkovec, T.D. *Progressive relaxation training*. Champaign, III.: Reseárb Press, 1973.
- Dolan, J., Allen, J.A., & Sawyer, H.W. Relaxation techniques in the reduction of pain, nausea and sleep disturbances for oncology patients: A primer for rehabilitation counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 1982, 13(4), 35-39.
- Gaber, L.B., Arieli, O., & Merbaum, M. Relaxation and assertive training as automated adjunct behavior therapy administered in a self-control oñentation with psychiatric patients. *British Journal Of Oinical Psychialry*, 1984, 23 (4), 301-309.
- Jacobson, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Cbicago Press, Midway Repñnt, 1974.

RETROALIMENTACIÓN

Este término se originó en la cibernética y, cuando se utiliza en psicoterapia se refiere a proporcionar al paciente información acerca de sí mismo con respecto a determinados aspectos del comportamiento. La relrOalirnentación puede adoptar muchas variedades, como el elogio, la recompensa, las instrucciones verbales o lagrabación en vídeo. Laretroalimentación refuerza la efectividad y es utilizada en varios programas de entrenamiento de habilidades.

REFERENCIAS

- Edelstein, B.A., & Eisler, R.M. Effects of modeliog and modeling with instructions and feedback on the behavioralcomponents of social skill.S. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 382-389.
- Hanson, P. The Jobari window: A model for solicialing and giving feedback. In J.B. Jones and Pbeiffer (Eds.), *The 1923 annual, hondbook for group facilitazon*. La Jolla, Calif. University Associates Publisbers, 1973.

ROLE PLAYING

El *roleplaying* tiene dossignificados en lapsicoterapia: uno, actuar lareplica de una situación en el pasado del paciente; dos, actuar un conjunto de comportamientos que son distintos de su comportamiento lusual. Sin embargo, estas dos variaciones del *role playing* se relacionan. Con frecuencia, la representación actuada de una situación problemática funciona como un punto de inicio para ensefiatle al paciente nuevas maneras demanejar esta situación. El *role playing* puede utilizarse como técnica de evaluación para obtener información más allá de la descripción verbal del paciente (como evaluar las habilidades sociales de éste) y para enseñar un nuevo comportamiento. El *role playing* es un elemento fundamental en los diStintos programas de conformación de habilidades.

REFERENCIAS

- Bisler, M., & Hersen, M. Behaviorlil techniques in family-oriented crisis interventiQn. *Archive of General Psychiatry*, 1973, 28, 111-116.

Flowers, J.V., & Booraem, C.D. Simulation and role playing methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein: *Helping people change* (2nd.ed.). New York: Pergamon Press, 1980.

SILLA CALIENTE

La silla caliente es una de las técnicas de sillas (la otra es llamada silla vacía), desarrollada por Peris (1969). Este autor utiliza la silla caliente para llevar a la práctica la: terapia individual en un ambiente grupal, la cual se asigna a ese paciente cuando está listo para trabajar sobre un problema. Peris supone que la presencia de otros aumenta la efectividad de las revelaciones del paciente e induce la presión social para cumplir con los compromisos de cambio. De modo frecuente, la silla caliente se combina con la silla vacía.

REFERENCIAS

Fagan, F., & Sberber, L. (Eds.), *Gestalt therapy*. New York: Harper & Row, 1970.
Peris, F. *Gestalt therapy verba Jim*. Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.

- SILLA VACÍA

La silla vacía, una de las técnicas de terapia *Gestalt* de Fritz Peris (1969), se utiliza para ayudar a los pacientes a esclarecer sentimientos, actitudes y creencias, y para conciliar o lograr la conclusión de polaridades conflictivas. Sesenta al paciente en una silla que está de frente a otra silla vacía. Se incita al paciente a comenzar o diálogo con los pensamientos conflictivos, los sentimientos, etcétera, con un intercambio de las sillas para cada aspecto que se aborda. La técnica de la silla vacía; también puede utilizarse para esclarecer las relaciones con otras personas. Para hacer esto, el paciente se representa a otra persona en la silla vacía y se integra a un diálogo con ella, primero hablando por sí mismo y, después, con un intercambio de las sillas y una respuesta por parte de la persona imaginaria.

REFERENCIAS

• James, M., & Jongeward, D. *From win*. New York: Signet, 1978.
• Peris, F. *Gestalt therapy verba Jim*. Lafayette, Calif.: Real people Press, 1969.
Peris, F., Hefferline, R.F., & Goodman, D. *Gestalt therapy*. New York: Dell Publishing, 1951.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Las técnicas para la solución de problemas han sido elaboradas dentro de un enfoque de conformación de habilidades en la psicoterapia. Más que concentrarse de manera exclusiva en el problema que se le presenta, el terapeuta enseña un

conjunto de habilidades de entrenamiento más generales, que capacitan al paciente para manejar los problemas futuros de modo más efectivo. El entrenamiento en solución de problemas es una parte importante de cualquier terapia para crisis, puesto que ésta presenta un colapso en el enfrentamiento, un punto muerto en la solución de problemas. El entrenamiento en solución de problemas ensancha el repertorio de enfrentamiento del paciente y, de esta manera, contribuye al crecimiento. El mismo también proporciona al paciente un papel activo en la terapia-local ayuda a contrarrestar las tendencias a la dependencia. En general, la terapia para la solución de problemas contiene cinco componentes básicos: 1) Durante la orientación general, se analizan las actitudes hacia los problemas y se ayuda al paciente a reconocer que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida, que existen muchas maneras de enfrentarse a los problemas, y que es importante abstenerse de responder impulsivamente cuando se afronta alguno. 2) Durante la definición del problema, los distintos aspectos de una situación problemática dada se definen en términos concretos y específicos. 3) Una vez que el problema se definió de manera clara, se generan soluciones alternativas con la utilización de una lluvia de ideas. 4) Las soluciones alternativas generadas se evalúan entonces, con respecto a su utilidad, sopesando los aspectos positivos (ganancias) contra los negativos (pérdidas). 5) Por último, se alienta al paciente para que actúe bajo su propia decisión y así evaluar el punto hasta el cual se resolvió la situación problemática. En caso de que el problema no se haya arreglado de manera satisfactoria, se aconseja al paciente que vaya a la etapa de la definición del mismo y translabore todos los pasos de nuevo (D'Zurilla y Goldfried, 1971).

REFERENCIAS

D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 197-226.
Goldfried, M.R. Psychotherapy as coping skill Training. In M.J. Mahoney (&!), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press, 1979.
Strickler, M., & Bonnell, M. Crisis intervention and social casework: Similarities and differences in problem solving. In S. Nass, *Crisis intervention*. Dubuque, Ia.: Kendall/Hunt, 1977.

TÉCNICAS PARADÓJICAS

Las técnicas paradójicas fueron desarrolladas para superar la resistencia de los pacientes al cambio. Los médicos clínicos a veces tienen que tratar con pacientes que experimentan un conflicto básico: por un lado quieren cambiar, y por otro, quieren conservar sus síntomas. En el caso de que se han sugerido distintas explicaciones teóricas, los postulados teóricos más sobresalientes han sido realizados por los terapeutas familiares que trabajan dentro de un marco teórico estructural sistémico (Watzlawick y otros, 1974; Haley, 1975). El supuesto es que el síntoma sirve a la función de mantener al sistema en homeostasis. Las principales técnicas paradójicas son la redefinición, la intensificación o inducción de la crisis mediante la prescripción del síntoma, y la redirección. En la

redefinición, el problema recibe un nuevo significado, usualmente de tipo positivo. En la intensificación del síntoma (o práctica en masa), se alienta al paciente a realizar el comportamiento no deseado, frecuentemente y a propósito. Una técnica relacionada es la inducción de lágrimas. En ésta, el terapeuta acuerda con el paciente la sobredramatización de un problema. Le dice al paciente que nunca estará bien de nuevo por completo, y que la única ayuda que puede ofrecerle un terapeuta es aprender a vivir con el problema. Por último, la redirección es similar a la intensificación del síntoma, excepto en que se prescribe el comportamiento por determinado espacio de tiempo durante el día, o únicamente bajo determinadas circunstancias.

Existe muy poca investigación acerca de la efectividad de las intervenciones paradójicas o con respecto a las circunstancias bajo las cuales las mismas son apropiadas. De manera general, se recomienda utilizarlas únicamente cuando la terapia está en un punto muerto, y planearlas de manera cuidadosa con respecto al tiempo y a la manera en que se presentan. A los terapeutas inexpertos usualmente se les desalienta para el uso de estas técnicas.

REFERENCIAS

- Haley, J. Paradox in play, fantasy and psychotherapy. *Psychiatric Research Reports*, 1975, 2, 52-58.
- L'Abate, L., & Weeks, G. A bibliography of paradoxical methods in psychotherapy of family systems. In *Family Processes*, 1978, 17, 83-95
- Selvini Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. *Paradox and counter paradox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. New York: Jason Aronson, 1978.
- Watzlawick, P., Weakland, F., & Fisch, C. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton, 1974.

TERAPIA FAMILIAR

En su sentido más amplio, la terapia familiar incluye todos los esfuerzos terapéuticos encaminados a cambiar a la familia como un grupo, más bien que a trabajar únicamente con uno de los miembros de la familia.* Históricamente, la terapia familiar fue desarrollada fundamentalmente por medio del trabajo con individuos perturbados de manera grave. Hubo algunos líderes carismáticos cada uno de los cuales desarrollaron sus propias escuelas, con técnicas específicas de intervención y un esfuerzo hacia la integración teórica (Jackson y Weakland (1961), Salir (1967), Haley (1971), Minuchin (1974), Whitaker (1975)). Una tendencia relativamente reciente es el advenimiento de las intervenciones familiares en relación con el comportamiento, principalmente, más bien que programas específicos de entrenamiento de habilidades (Patterson y Guiliom (1968), Whitaker (1975)). Con respecto a la intervención en crisis con familias, Kinney (1978) utiliza los programas constructores de hogares, Ruevení (1981) sugiere el tramado de redes, Eisler y Herson (1973) recomiendan el entrena-

* *Terapia de pareja*, aunque es una forma de terapia familiar, se describe en un párrafo por separado más adelante.

miento en solución de problemas familiares, y Langsley (1978a,b) describe un planteamiento de terapia multicomponente, que incluye la solución de problemas, la negociación, la terapia individual, la meditación y la rehabilitación.

REFERENCIAS

- Becker, W. C. *Parents are teachers*. Champaign, ID.: Research Press, 1971.
- Bowen, M. *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Aronson, 1978.
- Eisler, M., & Herson, M. Behavioral techniques in family oriented crisis intervention. *Archive of General Psychiatry*, 1973, 28, 11-16.
- Goldenberg, I., and Goldenberg, H. *Family Therapy: An Overview*. Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Co., 1985.
- Gutstein, S. E., Rudd, M. D., Graham, J. C., & Rayha, L. L. Systemic crisis intervention as a response to adolescent crises: An outcome study. *Family Process*, 1988, 27, (2), 201-211.
- Haley, F. *Changing families*. New York: Grune & Stratton, 1971.
- Jackson, D., & Weakland, I. Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique and results. *Psychiatry*, 1961, 24, 30-45.
- Kinney, F. Homebuilders: An in-home crisis intervention program. *Children Today*, 1978, January-February, 15-35.
- Langsley, D. G. Three models of family therapy: prevention, crisis treatment or rehabilitation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1978, 39, 192-196.
- Minuchin, S. *Families and family therapy*. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1974.
- Patterson, G. R., & Guiliom, M. E. *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, ID.: Research Press, 1968.
- Patterson, G. R., & Guiliom, M. E. *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL.: Research Press, 1968.
- Ruevení, U. *Networking families in crisis: Intervention strategies with families and social networks*. New York: Human Sciences Press, 1979.
- Salir, V. *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique*. (Rev. FA.). Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1967.
- Whitaker, C. A family therapist looks at marital therapy. In A. Gurman & D. Rice (Eds.), *Couples in conflict: New directions in marital therapy*. New York: Brunner, 1975.

TERAPIA MATRIMONIAL (DE PAREJA)

Como en la terapia familiar, el campo de la terapia matrimonial o de pareja se caracteriza por una amplia gama de orientaciones teóricas. Stahmann (1977) proporciona una visión global de las principales variedades actuales de intervención matrimonial. 1) En la terapia conjunta, ambas partes de la pareja son recibidas juntas por un mismo terapeuta. 2) En la orientación de uno tras otro, se alternan las sesiones individuales, en un enfoque que se utiliza el tratamiento de problemas individuales. 3) Un enfoque de colaboración se utiliza cuando se atiende a ambas partes de la pareja individualmente y con el mismo espacio de tiempo, pero con diferentes terapeutas. 4) La pareja puede acudir a un enfoque en el que ambos miembros de la pareja son recibidos al mismo tiempo, pero en sesiones individuales. 5) En la terapia individual, sólo uno de los miembros de la pareja está en terapia, en un planteamiento que ha demostrado que es considerablemente menos efectivo que las variedades conjuntas (Cookerly, 1976). Influenciada por la teoría del aprendizaje social y los conceptos sociológicos, ha existido una tendencia hacia los enfoques sistemáticos y estructurados en las

intervenciones matrimoniales, especialmente en la terapia de matrimonios enfocada al comportamiento. Los objetivos generales son un incremento en el índice de interacciones gratificadoras, con un decremento de los intercambios de aversión; un mejoramiento en las estrategias concretas de resolución de conflictos; habilidades para la solución de problemas; y una mejor comunicación. Las técnicas abarcan el entrenamiento en comunicación (Gottman y otros, 1979) contratación! negociación (Weiss, 1975), reñir cortésmente (Bach y Wyden, 1970), solución de problemas (Jacobson, 1977) y resolución de conflictos (Harrell y Guemey, 1976).

REFERENCIAS

- Bcb. G.R., & Wyden, P. *The intimate enemy*. (20th ed.). New York: Hearst Publishing, 1970.
- Cookerly, J.R. Evaluating different approaches to marriage counseling. In D.H.L. Olson (Ed.), *Treating Relationships*. Lake Mills, Ia.: Graphic, 1976.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. *The couples guide to communication* (4th ed.). Ghampaign, ID.: Research Press, 1979.
- Gurman, A.S., & Rice, D.G. (eds.). *Couples in conflict: New directions in marital therapy*. New York: Jason Aronson, 1975.
- Harrell, F., & Guerny, B. Training married couples in conflict negotiation skills. In D.H.L. Olson (Ed.), *Treating relationships*. Lake Mills, Ia.: Graphic, 1976.
- Jacobson, N.S. Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 92-100.
- *Lederer, W.J., & Jackson, D.D. *Mirages of marriage*. New York: Norton, 1968.
- Stahmann, R.F. Treatment forms for marital counseling. In R.F. Stahmann & W.J. Hiebert, *Counseling in marital and sexual problems*, Baltimore, Md.: Williams & Williams Co., 1977.
- Weiss, R.L. Contracts, cognition, and change: A behavioral approach to marriage therapy. *Counseling Psychologist*, 1975, 5, 15-26.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

La **TE** fue desarrollada por A Ellis (1962), cuya teoría básica era que la excitación emocional y el comportamiento inadaptado son intervenidos por la interpretación de uno mismo respecto de las situaciones. Este autor asevera que existen varias creencias irracionales, expectativas o supuestos con los cuales mucha gente en la cultura estadounidense tiende a enfocarse en situaciones. Los ejemplos incluyen que uno necesita ser amado y aceptado por casi todo el mundo, que uno debería ser cabalmente competente, adecuado y alcanzar éxito en todos los aspectos posibles, muchos otros ejemplos. Mientras más irracionales conserve una persona, más se puede esperar una mala clasificación de las situaciones, con la consiguiente excitación emocional o comportamiento inapropiado. La TRE puede resumirse con el modelo A-B-C-D-E (de Ellis y Grieger, 1977): La persona encara una experiencia activadora (A) con el desencadenamiento de ciertas creencias (B) (en una cadena de pensamientos) - las cuales se conceptúan como autoaseveraciones. Algunas de estas creencias son: Las consecuencias (C) son emociones negativas y comportamientos relacionados con ellas. El terapeuta racional emotivo contravierte las

creencias irracionales -D- al ayudarlo a analizar de manera crítica la validez o racionalidad de sus autoaseveraciones. La terapia exitosa redundará en la eliminación de los pensamientos irracionales -E- con el subsecuente alivio de los síntomas.

La asignación de tareas son parte importante de la TRE, lo que incluye la biblioterapia, tareas para la desensibilización in vivo, ejercicios de reestructuración cognoscitiva e imaginación de enfrentamiento.

REFERENCIAS

- Diekstra, R.F., Engels, G.I. & Methorst, G.J. Cognitive therapy of depression: A means of crisis intervention. *Crisis*, 1988 9 (1), 32-44.
- Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
- *Ellis, A. *How to master your fear of flying*. New York: Curtis Books, 1972.
- *Ellis, A. *How to live with a neurotic* (Rev. ed.). New York: Crow Publishers, 1975.
- *Ellis, A., & Harper, R.A. *A new guide: to rational living*. Englewood/Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Handbook of rational emotive therapy*. Bedin & New York: Springer-Verlag, 1977.
- Oliver, R. "Empty Nest" or relationship restructuring? A rational-emotive approach to a midlife transition. Special issue: Cognitive-behavior therapy with women. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Therapy*, 1988, 6(1-2) 102-117.
- Tosí, D.I., & Moleski, R.L. Rational -emotive crisis intervention therapy. *Rational Living*, 1975, 10, 32-37.
- Trexler, L.D. A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. In J. Wolie & E. Brand (& Is.), *Twenty Years of Rational Therapy*. New York: Institute for Rational Living, 1977.

TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones es una parte importante dentro del entrenamiento en solución de problemas, pero también puede enseñarse independientemente. El entrenamiento en toma de decisiones instruye al paciente para evaluar distintas alternativas y realizar una elección sabia entre ellas. La evaluación se concentrará en cuatro tipos de consecuencias: 1) las personales; 2) las sociales; 3) las actuales de corto plazo; 4) las totales de largo plazo. Por otra parte, el paciente necesita evaluar la utilidad de las consecuencias esperadas. Es importante comunicar al paciente que es imposible predecir el futuro; por lo consiguiente, la posibilidad de cualquier resultado en particular puede establecerse únicamente en términos generales. Igualmente importante es ayudar al paciente a avenirse al hecho de que para algunas situaciones problemáticas, no existen realmente "buenas" soluciones, pero que, con todo, uno puede elegir la mejor opción.

REFERENCIAS

- Goldfried, M.R., & Davison, G.C. *Clinical behavior therapy*, 2da ed. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.
- Simon, H.A. A behavioral model of rational choice. *Quarterly Journal of Economics*, 1955, 69, 99-118.

YOGA

Para algunos, el yoga es un sistema de creencias con el fin de alcanzar un estado de trance predominante, para obtener la unión con una identidad universal, o con Dios (Devi, 196); en tanto que otros utilizan los ejercicios autosugestivos del yoga para relajación. El *Hatha Yoga* pone énfasis en las posturas de relajación y en la respiración, y puede practicarse todos los días.

REFERENCIAS

- vi, I. *Renew your life through yoga*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1963.
- Eliade, M. *Yoga: Immanence and freedom*, Princeton: Princeton University Press, 1969.
- Latha, M. & Chappan, K.V. The efficacy of yoga therapy in the treatment of migraine and tension headaches. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 1987, 13(2), 95-100.
- Rawls, E.S. *A handbook of yoga*. New York: Pyramid Books, 1964.
- Yesudian, S. *Yoga week by week*. New York: Harper and Row, 1975.

Referencias

- Abarbanel, G. Helping victims of rape, *Social Work*, 1976, 21, 478-482.
- Abram, H.C. Survival by machine: The psychological stress of chronic hemodialysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1970, 1, 37-51.
- ACOG. Technical bulletin number 14. The American College of Obstetricians and Gynecologists, July 1970.
- Adelman, C.S. Psychological intervention into the crisis of rape. In E.C. Viimo *Victims and Society*, Washington, O.C.: Visage, 1976.
- Adler, A. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *Journal of the American Medical Association*, 1943, 17, 1098-1101.
- Aguilera, O.C., Messick, J.M., & Faell, M.S. *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis: C.V. Mosby, 1974.
- Alberti, R., & Emmons, M.L. *For perfect right: A guide to sensitive behavior*. San Luis Obispo, Calif.: Impact, 1970.
- Albino, J.E., & Tedesco, L.A. Women's health issues, special issue: Social and psychological problems of women: prevention and crisis intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 1983, 5, 1-4, 157-172.
- Albrecht, G.L., & Higgins, P.C. Rehabilitation success: The interrelationships of multiple criteria. *Journal of Health and Social Behavior*, 1977, 18, 36-45.
- Alger, I. Family therapeutic approaches to the medically ill patient. In T.B. Katus & R.I. Steinmuller (Eds.), *Psychotherapeutics in Medicine*, New York: Grune & Stratton, 1978.
- Allan, J. & Anderson, E. Children and crises: A classroom guidance approach. *Elementary School Guidance and Counseling*, 1986, 21, 2, 143-149.
- Amdur, M.A. (ed.) & Tuder, E.M. Observations of psychiatric consultation in emergency room settings. *Psychosomatics*, 1975, 16, 73-76.
- American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, O.C.: American Psychiatric Association, 1987.
- Anderson, C.M., Reiss, D.J., & Hogarty, G.E. *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press, 1986.
- Anderson, T. An airport director's perspective on disaster planning and mental health needs. *American Psychologist*, 1988, 43, 9, 721-723.

- Andrew, J.M. Recovery from surgery, with and without preparatory instruction, for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 15, 223-226.
- Arena, C., Hermano, J., & Hoffman, T. Helping children deal with the death of a classmate: A crisis intervention model. *Elementary School Guidance and Counseling*, 1984, 19, 2, 101-115.
- Argyle, M. *The social psychology of work*. New York: Taplinger, 1972.
- Armstrong, B. Court sets standard of imminent danger. *APA Monitor*, July/August, 1980, 16.
- Atkin, E., & Rubio, E. *Part-time father*. New York: Signet Edition, 1977.
- Auerbach, S.M. & Kilffian, P.R. Crisis intervention: A review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 1977, 84, 1189-1217.
- Auerbach, S.M., & Spirito, A. Crisis intervention with children exposed to natural disasters. In S.M. Auerbach and A.L. Stolberg. (Eds.), *Crisis intervention with children and families*. Washington, O.C.: Hemisphere Publishing, 1986. 191-201.
- Bach, G.R., & Wyden, P. *The intimate enemy*, (20th ed.) New York: Hearst Corp., 1970.
- Baebler, J. *Suicide*, p. 299. New York: Basic Books, 1979.
- Baer, F. *The second wife: How to live happily with a man who has been married before*. New York: Doubleday, 1972.
- Bahnsen, C.B. Psychologic and emotional issues in cancer: The psychotherapeutic care of the cancer patient. *Seminars in Oncology*, 1975, 4, 293-308.
- Bahr, L.F. *Family crisis: The effect of the diagnosis of a defective child upon the family unit*. Unpublished manuscript, University of South Carolina, 1980.
- Bailey, B.E., Hallinan, M.M., Contreras, R.J., & Hernandez, A.O. Disaster response: the need for community mental health center (CMHC) preparedness. *Journal of Mental Health Administration*, 1985, 12, J, 42-46.
- Baker, G.W., & Chapman, C.W. (Eds.), *Man and society in disaster*. New York: Basic Books, 1962.
- Baldwin, B.A. Crisis intervention: An overview of theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 1979, 8, 43-52.
- Baldwin, B.A. Crisis intervention and enhancement of adaptive coping using hypnosis. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1978, 21, 38-44.
- Ban, T.A., Guy, W. & Wilson, W.H. Approaches to the management of the acutely psychotic patient. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 1984, 9, 1, 3. 1.
- Bancroft, J.H.J., & Marsack, P. The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 1971, 113, 349-399.
- Bancroft, J.H.J., Skrimshire, A.M., & Simkin, S. The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 1976, 128, 538-548.
- Bandura, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1969.
- Bard, M. *Training police as specialists in family crisis intervention*. Washington, O.C.: National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, 1970.
- Bard, M., & Berkowitz, B. A community psychology consultation program in police family crisis intervention: Preliminary impressions. *International Journal of Social Psychiatry*, 1969, 15, 200-215.
- Barnes, D. Biological issues in schizophrenia. *Science*, 1987, 35, (4787), 430-433.
- Barnes, E. *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press, 1972.
- Barnes, R.A. Characteristics of the chronic suicide attempter. *Journal of International Congress of Suicide Prevention and Crisis Intervention*, Ottawa, 1979, 120-125.
- Barnes, R.A. The recurrent self-harm patient. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1986, 16, 4, 399-408.
- Barnett, O.C. A suicide prevention incident involving use of the computer. *Professional Psychology*, 1982, 1, 4, 565-570.
- Barracough, B., Bunch, J., Nelson B. et al. A hundred cases of suicide: Clinical considerations. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 125, 355-373.
- Barsh, E.T., Moore, J.A., & Hamerlynck, L.A. The foster extended family: A support network for handicapped foster children. *Child Welfare*, 1983, 62, 4, 349-359.
- Bart, P.B. Rape doesn't end with a Kiss. *Viva*, June 1975, 41-42.
- Bartolucci, G., & Drayer, C.S. An overview of crisis intervention in emergency rooms of general hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, 953-960.
- Barton, O. The need for including instruction on death and dying in the medical curriculum. *Journal of Medical Education*, 1972, 47, 169-175.
- Barton, O., Flexner, J., Van Eys, J., & Scott, C.E. Death and dying: A course for medical students. *Journal of Medical Education*, 1972, 47, 495-951.
- Bassuk, E.L., & Apsler, R. Are there sex biases in rape counseling? *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140, 3, 305-308.
- Bassuk, E., & Gerson, S. Chronic crisis patients: A discrete clinical group. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 12, 1513-1517.
- Bassuk, E.L., & Gerson, S. Into the breach: Emergency psychiatry in the general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 1979, 1, 31-45.
- Batterman, R. A comprehensive approach to treating infertility. *Health and Social Work*, 1985, 10, 4, 46-54.
- Bauer, S., & Balter, L. Emergency psychiatric patients in a municipal hospital: *Psychiatric Quarterly*, 1971, 45, 382-393.
- Baum, A., Fleming, R., & Singer, J.E. Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 1983, 39, 117-138.
- Baum, A., Lake, C.R., Gatchel, R.J., Bawn, C.S., & Streufert, S. *Chronic stress at Three Mile Island: Self report, behavioral, and biochemical evidence*. Unpublished manuscript, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Md., 1982.
- Baum, A. Toxins, technology, and natural disasters. In *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action*, G.R. VandeBos and B.K. Bryant (eds.), Washington, D.C.: American Psychological Association, 1987, 9-53.
- Beale, P., & Viney, L.L. Women coping with crisis: A preliminary community study. *Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 321-329.
- Beahan, L. Emergency mental health services in a general hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 1970, 21, 81-84.
- Beale, A.V. The continuing education and renewal of employee assistance program counselors. *Journal of Employment Counseling*, 1984, 21, 2, 83-88.
- Beales, E.H. Emotional aftershock takes its toll: Kansas City disaster haunts the survivors. *Hospitals*, 1981, 55, 20, 26-27.
- Beck, A.T. Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 24, 495-500.
- Beck, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.
- Beck, A.T. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
- Beck, A.T. Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970, 150, 3-17.
- Beck, A.T., Resnik, H.L.P., & Lettieri, D.J. *The prediction of suicide*. Bowie, Md.: Charles Press Publishers, 1974.

- Beck, A.T., Steen, R.A., Kovacs, M., & Oarrison, B. Hopelessness and eventual suicide: A ten-year study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142, 559-563.
- Becker, J. V., Abel, O.O., & Skinner, L.J. The impact of a sexual assault on the victim's sexual life. *Victimology*, 1979, 4, 229-235.
- Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, O.O., Axelrod, R., & Treacy, E.C. Depressive symptoms associated with sexual assault. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1984, 10, 3, 185-192.
- Becker, W.C. *Parents are teachers*. Champaign, IL: Research Press, 1971.
- Beckstrom, O.M. Stress as a contributor to crisis in a correctional institution. *Emotional First Aid - A Journal of Crisis Intervention*, 1984, 1, 2, 26-36.
- Beig A., & Russell, H.E. Suicidal behavior in jail - prognostic considerations. *Hospital and Community Psychiatry*, 1972, 23, 361-363.
- Beisser, A.R. Denial and affirmation in illness and health. *American Journal of Psychiatry*, 1979, 136, 1020-1030.
- Belfer, M.L., Mulliken, J.B., & Cochran, T.C. Cosmetic surgery as an antecedent of life change. *American Journal of Psychiatry*, 1979, 136, 199-201.
- Bell, L. H. *Community mental health: A black perspective*. Unpublished manuscript, 1977.
- Belsky, J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35 (4), 320-335.
- Bender, M.O. Young adult chronic patients: Visibility and style of interaction in treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1986, 37, 3, 265-268.
- Benjamin, A. *The helping interview*, (3rd ed.), Boston: Houghton Mifflin, 1981.
- Benjamin, B.E. *Are you tense? The Benjamin system of muscular therapy*. New York: Pantheon Books, 1978.
- Berab, E.F., Jones, H.J. & Valent, P. The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1984, 18, 4, 354-358.
- Berg, D. Crisis intervention concepts for emergency telephone services. *Crisis/Intervention*, 1970, 4, 11-19.
- Bernheim, K.F. Stigmatizing Hospital and Community Psychiatry, 1986, 37, 3, 292.
- Bernstein, B.E. Lawyer and counselor as an interdisciplinary team: Interfacing for the terminally ill. *Death Education*, 1977a, 1, 277-291.
- Bernstein, B.E. Lawyer and coun; t&s, an interdisciplinary team; Premarital counseling. *Family Coordinator*, 1977b, 26, 415-420.
- Bernstein, O.A., & Borkovec, T.D. *Progressive relaxation training*. Champaign, IL: Research Press, 1973.
- Bernstein, R., Bresiau, A.J., & Orabam, J.A., (Eds.). *Coping strategies for burn survivors and their families*. New York: Praeger Publishing, 1988.
- Berrien, F.K. *General and social systems*. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 1968.
- Bersoff, D.N. Therapists as protectors and policemen: New roles as a result of Tarasoff. *Professional Psychology*, 1976, 7, 267-273.
- Bertalanffy, L. von. *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller, 1968.
- Bessel, H., & Palomares, U. H. *Human development program*. Los Angeles: Vulcan Binders, 1969.
- Bhatia, S.C., Khan, M.H., & Sharma, A. Suicide risk: Evaluation and management. *American Family Physician*, 1986, 34, 3, 167-174.
- Binder, D.A., & Price, S.C. *Legal interviewing and counseling*. St Paul: West Publishing, 1977.
- Binder, R.L. Difficulties in follow-up of rape victims. *American Journal of Psychotherapy*, 1981, 35, 4, 534-541.
- Bimbaum, F., Coplon, J., & Scharff, I. Crisis intervention after a natural disaster. In R.H. Moos (Ed.), *Human adaptation: Coping with life crises*, Lexington, Mass.: D.C. Heath, 1976.
- Black, J.W. The libidinal cocoon: A nurturing retreat for the families of plane crash victims. *Hospital & Community Psychiatry*, 1987, 38, 12, 1322-26.
- Balckbum, A.C., & Erickson, D.B. Predictable crises of the gifted student. *Journal of Counseling & Development*, 1986, 64, 9, 552-565.
- Blackburn, H. The potential for preventing reinfarction. In W. K. Wenger & H. K. Hellerstein (Eds.), *Rehabilitation of the Coronary Patient*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- Blakesley, J. Personal communication. *South Carolina Educational Television*, 1980.
- Blane, H., Muller, J., and Cbafetz, M. Acute psychiatric services in the general hospital. II. Current states of emergency psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 1967, 124, 37-45.
- Blanton, J. Self-study of family crisis intervention in a police unit. *Professional Psychology*, 1976, 7 (1), 61-67.
- Bleach, O., & Claiborne, W. L. Initial evaluation of hotline telephone crisis centers. *Community Mental Health Journal*, 1974, 10, 387-394.
- Blindet, M. Marital dissolution and child custody: A primer for family therapists and divorce attorneys. *Family Therapy*, 1982, 9, 1, 1-20.
- Blizzard, S. The minister's dilemma. *The Christian Century*, April 25, 1956.
- Bloch, A. M. Combat neurosis in inner-city schools. *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, 1189-1192.
- Bloom, B. L. *Community mental health: A general introduction*. Monterey, Calif: Brooks/Cole Publishing Company, 1977.
- Bloom, N.D. & Lynch, J.G. Group work in a hospital waiting room. *Health and Social Work*, 1979, 4, 48-63.
- Blumberg, B.D. Psychological sequelae of elective abortion. *Western Journal of Medicine*, 1975, 123, 188-193.
- Blumenthal, D., Tulkin, S.R., & Slaikou, K.A. Analysis of temporal variables in telephone calls to a suicide and crisis service: A comparison of clients who show for appointments and those who do not show. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1976, 13, 177-182.
- Blundell, J., et al. Intervention programs dealing with the farm and rural crisis. *Human Services in the Rural Environment*, 1986, 10, 1, 30-31.
- Boekelheide, P.D. The diagnostic therapeutic pre-abortion interview. *Journal of the American College Health Association*, 1978, 27, 157-160.
- Bobannan, P., (ed.), *Divorce anti after*. New York: Doubleday, 1970.
- Boisen, A. *The exploration of the inner world*. New York: Harper and Bros., 1936.
- Bonta, J., Cormier, R., Peters, R.D. Gendreau, P. & Marquis, H. Psychological services in jails. *Canadian Psychology*, 1983, 24, 2, 135-139.
- Borgman, R., Edmunds, M., & MacDicken, R.A. *Crisis intervention: A manual for child protective workers*. United States Department of Health, Education and Welfare, DHEW Publication No. (OHDS) 79-30196. 1979.
- Bosch, A. AFL-CIO, *Penonal communication*. Washington, D.C., 1979.
- Bowen, M. Family systems theory and society. In J.P. Lorio and L. McClenathan (Eds.), *Georgetown family symposia: Volume II (1973-1974)*, Washington, D.C.: Georgetown Family Center, 1977.

- Bowl, M. Family therapy after twenty years. In S. Arieti, D.X. Freeman, and J.E. Dyrud (eds.), *American handbook for psychiatry & treatment* (2nd ed.). New York: Basic Books, 1975.
- Bowen, M. Theory in the practice of psychotherapy. In P.J. Guerin, Jr. (&.), *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press, 1976.
- Bower, E.M. The modification, mediation, and utilization of stress during the school years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1964, 34, 667-673.
- Bower, E.M. Primary prevention of mental and emotional disorders: A frame of reference. In N. Lambert (ed.), *The protection and promotion of mental health in schools* (Mental Health Monograph No. 5). Washington, D.C.: United States Government Printing Office, 1965.
- Boi.zetti, L.P., & Kane, T.J. Drug over-use and the emergency room, some methodological considerations relating to follow-up care. *Drug Forum*, 1977-78, 6, 349-360.
- Brekke, M.L., Strommen, M.P., & Williams, D.L. *Ten faces of ministry*. Minneapolis: Augsburg Publishing House, 1979.
- Breslau, A.J. *The time of my death: A story of miraculous survival*. New York: E.P. Dutton, 1977.
- Bresnick, E.R. A holistic approach to the treatment of the crisis of infertility. *Journal of Marital & Family Therapy*, 1981, 7, 2, 181-188.
- Brim, O.O. Theories of the male mid-life crisis. In K. Schlossberg and D. Entine (eds.), *Counseling Adults*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1977.
- Broadhead, R.S. Directing intervention from afar: The telephone dynamics of managing acute poisoning. *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27, 4, 303-316.
- Brodsky, C.M. Oergyman as psychotherapist: Problems in interrole communication. *Community Mental Health Journal*, 1968, 4, 482-491.
- Brondsky, L. Anger provocation as a crisis intervention technique. *Hospital & Community Psychology*, 1971, 2, 533-536.
- Bromet, E. *Three Mile Island: Mental health findings*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic and the University of Pittsburgh, 1980.
- Bromet E., Parkingsoo, D., Schultier, A., Dono, L., & Gondek, P.C. *Three Mile Island: Mental health findings*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic, 1980.
- Bromet, E., Schulberg, H.C., & Dunn, L. Reactions of psychiatric patients to the Three Mile Island nuclear accident. *Arch General Psychiatry*, 1982, 39, 6, 725-730.
- Bronfenbrenner, U. *The ecology of human development: Experiments in nature and design*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
- Brophy, J.E. *Child development and social learning*. Chicago: Science Research Associates, 1977.
- Broussard, W.J., & Dylbtey, R.J. The dynamics of the group outplacement workshop. *Personnel Journal*, 1979, 58, 855-357.
- Brown, A., & Stiglitz, A. Marijuana flashback phenomena. *Journal of Psychedelic Drugs*, 1976, 8, 275-283.
- Browo, H.F., Crisis intervention in child abuse programs. *Social Casework*, 1979, 430-433.
- Brown, H.F. & Liddell, C.W. The crisis of relocation. In H.J. Parad (Ed.), *Crisis intervention: Selected readings*. New York: Family Service Association of America, 1965.
- Brownell, M.J. The concept of crisis: Its utility for nursing. *Advances in Nursing Science*, 1984, 6, 4, 10-21.
- Bryant, E.H. Tencher in crisis: A classmate is dying. *Elementary School Journal*, 1978, 78, 233-241.
- Bryant, E.H., & Caplan, G. Opportunities for school psychologists in the primary prevention of mental disorders in children. In N. Lambert (Ed.), *The protection and promotion of mental health in schools*. (Mental Health Monograph No. 5). Washington D.C.: United States Government Printing Office, 1965.
- Buckley, W. (ed.), *Modern systems research for the behavioral scientist*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1968.
- Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., & Peffer, K.E. Biofeedback Techniques in Psychosomatic Disorders. In A. Goldstein & E.B. Foa (&Is.), *Handbook of behavioral intervention*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- Buigen, L. *Death and dying: Theory, research and practice*. Duhquque, Iowa: William C. Brown Publishers, 1979.
- Buhler, C. Genetic aspects of the self. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1962, 96, 730-764.
- Buhrich, N. Psychiatric aspects of AIDS and related conditions. *Mental Health in Australis*, 1986, 1(16), 5-7.
- Buie, D.H., & Maltzberger, J.T. *The Practical Formulation of Suicide Risk*. Cambridge, MA: Firefly Press, 1983.
- Bunn, T.A., & Clarke, A.M. Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Psychology*, 1979, 52, 191-195.
- Burkhardt, S.R. The stress response: A new perspective. *Psychosomatic Medicine*, 1979, 41, 661-672.
- Burgess, A.W., & Baldwin, B.A. *Crisis intervention theory and practice: A clinical handbook*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1981.
- Burgess, A.W., & Hobnstrom, L.L. Crisis and counseling requests of rape victims. *Nursing Research*, 1974a, 23, 1740-1745.
- Burgess, A.W., & Holmstrom, L.L. Rape: Sexual disruption and recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1979, 49, 643-657.
- Burgess, A.W., & Hobnstrom, L.L. *Rape: Victims of Crisis*. Bowie, Md.: R.J. Brady, 1974b.
- Burgess, A.W., & Hobnstrom, L.L. The rape victim in the emergency ward. *American Journal of Nursing*, 1973, 73, 1740-1745.
- Burgess, A.W., & Jobansen, P.N. Assault: Patterns of emergency visits. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 1976, 14, 32-36.
- Bumett, B.B., Cm, J.J., Sinapi, J., & Taylor, R. Police and social worker's community outreach program. *Social Casework*, 1976, 57(1), 41-49.
- Bumside, I.M. Crisis intervention with geriatric hospitalized patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 1970, 8, 17-20.
- Butcher, J.N. The role of crisis intervention in an airport disaster. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, November, 1980, 1260-1262.
- Butcher, J.N., & Hatchet, C. The neglected entity in air disaster planning: Psychological services. *American Psychologist*, 1988, 43, 9, 724-729.
- Butcher, J.N., & Koss, M.P. Brief and crisis oriented psychotherapies. In S. L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1978, 25-768.
- Butcher, J.N., & Maudal, G.R. Crisis Intervention. In I. Wemer (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley Interscience, 1979, 19-24.
- Butler, R.R., & Statr., M.A. Preparation for when prevention doesn't work: Responding to a suicide. *NASPA JOURNAL*, 1986, 23, 3, 15-21.
- Byrne, D.G., & Whyte, H.M. Dimensions of illness behavior in survivors of myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 1978, 22, 485-491.
- Byrne, D.G., & Whyte, R.M. Severity of illness and illness behavior: A comparative study of coronary care patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979, 23, 57-61.

- Cable News Network film: *Peace of Mind*, 1987.
- Caimes, N.U., Lansky, S.B., & Klopovick, P. Meeting the educational needs of children with cancer. *The National Cancer Institute*, United States Department of Health, Education and Welfare.
- Campbell, T.J., & Alander, R.P. An evaluative study of an alcohol and drug recovery program. *Human Resource Management*, 1975, 14, 16-18.
- Cantor, D.W. School-based groups for children of divorce. *Journal of Divorce*, 1977, 1, 183-187.
- Caplan, F. (Ed.). *The first twelve months of life: Your baby's growth month by month*. New York: Grosset & Dunlap, 1973.
- Caplan, G. *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton, 1961.
- Caplan, G. Patterns of parental response to the crisis of premature birth. *Psychiatry*, 1960, 23, 365-374.
- Caplan, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.
- Caplan, G. (Ed.). *Prevention of mental disorders in children*. New York: Basic Books, 1967.
- Caplan, G. *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications, 1976.
- Capone, M.A., Westie, K.S., Cbitwood, J.S., Feigenbaum, O., & Good, R.S. Crisis intervention: A functional model for hospitalized cancer patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1979, 49, 598-607.
- Carey, A. Helping the child and the family cope with death. *International Journal of Family Counseling*, 1977, 5, 58-63.
- Carter, R.F. *Helping and human relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Carter, A.H. Shift of laughter in medicine: Satiric humor, no humor, comedy humor. *Humane Medicine*, 1989, in press.
- Casale, F.T. *The diet food finder*. New York: R.R. Bowker, 1975.
- Catb, S.H. Some dynamics of the middle and later years. In H.J. Parad (Ed.), *Crisis intervention: Selected readings*. New York: Family Service Association of America, 1965.
- Caton, C.L.M. The new chronic patient and the system of community care. *Hospital and Community Psychiatry*, 1981, 32, 7, 475-478.
- Cautela, P.R. Covert extinction. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 192-200.
- Cesoi, B.J., Pierce, N., & Puls, M. Law enforcement and crisis intervention services: A critical relationship. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1977, 7(4), 211-215.
- Chafetz, M. Research in the alcohol clinic and around-the-clock psychiatric service at the Massachusetts General Hospital. *American Journal of Psychiatry*, 1968, 124, 1974-1979.
- Chesser, B.J. Coping with accidentally killing another person: A case study approach. *Family Relations*, 1981, 30, 3, 463-474.
- Christensen, S., & Harding, M. Integrating theories of crisis intervention into hospice home care teaching. *Nursing Clinical North America*, 1985, 20, 2, 449-455.
- Clifford, T. Assertiveness training for parents. *Journal of Counseling and Development*, 1987, 65 (10), 552-554.
- Clinebell, C.R. *Basic types of pastoral counseling*. Nashville: Abingdon, 1966.
- Cochrane, C.T., & Myers, D.V. *Children in crisis: A time for caring, a time for change*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications, 1980.
- Coe, W. Expectations, Hypnosis, and suggestion in behavior change. In F.H. Kanfer, A.P. Goldstein, *Helping people change*, (2nd ed.). Belmont, N.Y.: Pergamon Press, 1980.

- Cohen, M.M., & Wellisch, D.K. Living in limbo: Psychosocial intervention in families with a cancer patient. *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 561-571.
- Cohen, N.L., & Marcos, L. (1989). The bad-mad dilemma for public psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (7), 677.
- Cohen, R.E. The Armero tragedy: Lessons for mental health professionals. *Hospital & Community Psychiatry*, 1987, 38, 12, 1316-1321.
- Cohen, R.E., & Ahearn, F.L. *Handbook for mental health care of disaster victims*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
- Cohen, R.N. Tarasoff vs. Regents of the University of California. The duty to warn: Common law and statutory problems for California psychotherapists. *California Western Law Review*, 1978, 14, 153-182.
- Cohen, S. Flashbacks. *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter*, 1977, 6, 1-4.
- Cohen, S., & Lazarus, R.S. Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 1973, 35, 375-389.
- Colgrove, M., Bloomfield, K.K., & McWilliams, P. How to survive the loss of love. New York: Bantam Books, 1976.
- Collison, B.B., Bowden, S., Patterson, M., Snyder, J., Sandall, S., & Wellman, P. After the shooting stops. Special issue: Counseling and violence. *Journal of Counseling and Development*, 1987, 65, 7, 389-390.
- Company Help for the Laid-off. *Business Week*, February 4, 1980, 88-89.
- Conger, J. *Adolescence: Generation under pressure*. New York: Harper & Row, 1979.
- Conroe, R.M., Cassata, D.M., & Racer, H.J. A systematic approach and brief psychological intervention in the primary care setting. *Journal of Family Practice*, 1978, 7, 1137-1142.
- Coogler, O.J. *Structured mediation in divorce settlement: A handbook for marital mediators*. Lexington, Mass.: D.C. Heath, 1978.
- Cookerly, J.R. Evaluating different approaches to marriage counseling. In D.L. Olson (Ed.), *Treating relationships*. Lake Mills, Ia.: Graphic, 1976.
- Cooper, K.H. *Aerobics*. New York: Bantam, 1968.
- Cooper, K.H. *17 new aerobics*. New York: Bantam, 1970.
- Costello, C.G. Major depression: A comparison of the routes to prevention. *Canadian Journal of Psychology*, 1985, 26, 3, 187-194.
- Counts, R.M., & Sacies, A. The need for crisis intervention during marital separation. *Social Work*, 1985, 30, 2, 146-150.
- Cousins, N. *Anatomy of an illness as perceived by the patient: Reflections on healing and regeneration*. New York: W.W. Norton, 1979.
- Cowen, E.L., Trost, M.A., Lorian, R.P., & Dorr, D. *New ways in school mental health*. New York: Human Sciences Press, 1975.
- Crabbs, M.A. School mental health services following an environmental disaster. *Journal of School Health*, 1981, 51, 3, 161-167.
- Crabbs, M.A., & Heffron, E. Loss associated with a natural disaster. *Personnel and Guidance Journal*, 1981, 59, 6, 378-382.
- Craig, T., Huffine, C., & Brooks, M. Completion of referral to psychiatric services by inner-city residents. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31, 353-357.
- Craine, L.S., Henson, C.E., Colliver, J.A., & MacLean, D.G. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988, 39, 3, 300-304.
- Cramer, S.H., & Keitel, M.A. Family effects of dislocation, unemployment, and discouragement. *Family Therapy Collections*, 1984, 10, 81-93.
- Crime in the United States, 1979: FBI Uniform Crime Reports*. Superintendent of Documents, United States Government Printing Office, Washington, D.C.

- Croog, S.H. Social aspects of rehabilitation after myocardial infarction: A selective review. In N.K. Wenger & H.K. Hellerstein (Eds.), *Rehabilitation of the coronary patient*. New York: John Wiley and Sons, 1978.
- Croog, S.H., & Levin, S. *The heart patient recovers: Social and psychological factors*. New York: Human Sciences Press, 1977.
- Crossman, S.M., & Adams, G.R. Divorce, single parenting, and child development. *Journal of Psychology*, 1980, 106, 2, 205-17.
- Crow, G.A. *Crisis intervention: A social interaction approach*. New York: Association Press, 1977.
- Crowder, J.E., Yamamoto, J., & Simonowitz, J. Training registered nurses as bereavement counselors in an occupational health service. *Hospital and Community Psychiatry*, 1976, 27, 851-854.
- Cropey, J.E. Psychiatric syndromes and other problems in critical care units. *Journal of the Tennessee Medical Association*, 1976, 69, 851-854.
- Cummings, N.A. Prolonged (ideal) versus short term (realistic) psychotherapy. *Professional Psychology*, 1977, 8, 491-501.
- Danish, S.J. Human development and human services: A marriage proposal. In L. Iscoe, B.L. Bloom & C.C. Spielberger (Eds.), *Community Psychology in Transition*. New York: Halstead, 1977.
- Danish, S.J., & D'Augelli, A.R., Promoting competence and enhancing development through life development intervention. In L.A. Bond & J.C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover, New Hampshire: University Press of New England, 1980.
- Danish, S.J., Smyer, M.A., & Nowak, C.A. Developmental intervention: Enhancing life-event processes. In P.B. Baltes & O.G. Brim, Jr. (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 3), New York: Academic Press, 1980.
- Danto, B.L. Crisis intervention in a classroom regarding the homicide of a teacher. *The School Counselor*, 1978, 26, 69-89.
- Datan, N., & Ginsberg, L.H. (Eds.), *Life span developmental psychology: Nonwhite life crises*. New York: Academic Press, 1975.
- D'Augelli, A.R., Handis, M.H., Brumbaugh, L., Iliig, V., Searer, R., Tumer, D.W., & D'Augelli, J.F. The verbal helping behavior of experienced and novice telephone counselors. *Journal of Community Psychology*, 1978, 6, 222-228.
- David, D.J., & Barril, J.A. Psychosocial aspects of head and neck: cancer surgery. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 1977, 47, 584-589.
- Davidoff, I.F., & Schiller, M.S. The divorce workshop as crisis intervention: A practical model. *Journal of Divorce*, 1983, 6, 4, 37-54.
- Davidson, L.M., Fleming, I., & Baum, A. Post-traumatic stress as a function of chronic stress and toxic exposure; In C. Figler (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel, 1986, 55-77.
- Davidson, S. The clinical effects of massive psychic trauma in families of holocaust survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1980, 6, 11-21.
- Davis, A. *Let's eat right to keep fit* (2nd ed.). New York: Signet, 1970.
- Davis, D.L. & Boster, L. Multifaceted therapeutic interventions with the violent psychiatric inpatient. *Hospital and Community Psychiatry*, 1983, 39, 8, 867-869.
- Dawson, D.F. Treatment of the borderline patient; relationship management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33, 5, 370-374.
- Dawson, R. Therapeutic intervention with sexually abused children. *Journal of Child Care*, 1984, 1, 6, 29-35.
- Day, R. Life events and schizophrenia: The 'triggering' hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1978, 64, 97-122.
- Deffenbacher, J.L. & Suinn, R.M. Systematic desensitization and the reduction of anxiety. *Counseling Psychologist*, 1988, 16(1), 9-30.
- DeFrain, J.D. & Emst, L. The psychological effects of Sudden Infant Death Syndrome on surviving family members. *Journal of Family Practice*, 1978, 6, 5, 985-989.
- DeLong, R.O. Individual differences in patterns of anxiety arousal, stress-relevant information, and recovery from surgery (Doctoral Dissertation, University of California, Los Angeles, 1970). *Dissertation Abstracts International*, 1971, 32, 554b.
- Delworth, V., Rudow, E.H., & Taub, J. *Crisis Center Referral: A guidebook to beginning and operating*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1972.
- Derogatis, L.R. The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 1976, 128, 280-289.
- Deutsch, M. *The resolution of conflict: Constructive and destructive processes*. New Haven: Yale University Press, 1973.
- Devi, I. *Renew your life through yoga*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1963.
- DeVoss, J.A., & Newton, B.J. Support groups for parents of sexually victimized children. *School Counselor*, 1986, 34, 1, 51-56.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Third edition-Revised)*. (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
- Diekstra, R.F., Engels, G.L., & Methorst, G.J. Cognitive therapy of depression: A means of crisis intervention. *Crisis*, 1988, 9(1), 32-44.
- Dimidjian, V.J. Helping children in times of trouble and crisis. *Journal of Children in Contemporary Society*, 1985, 17, 4, 113-128.
- Dinkmeyer, D. Top priority: Understanding self and others. *The Elementary School Journal*, 1971, 72, 62-71.
- Dintmeyer, D. & Caldwell, E. *Developmental counseling and guidance: A comprehensive school approach*. New York: McGraw-Hill, 1980.
- DiVaste, P. Measuring the aftermath of rape. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1985, 23, 2, 33-35.
- Dixon, M.C., & Bums, J.L. Crisis theory, active learning and the training of telephone crisis volunteers. *Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 120-125.
- Doc, J.P., van Kanunen, D.P., & Siris, S.G., et al. Stages of onset of schizophrenic psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, 420-426.
- Dobrenwend, B.S., & Dobrenwend, B.P. (Eds.), *Conference on stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley & Sons, 1974.
- Dolan, J., Allen, J.A., & Sawyer, H.W. Relaxation techniques in the reduction of pain, nausea and sleep disturbances for oncology patients: A primer for rehabilitation counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 1982, 13(4), 35-39.
- Dorpat, T. & Ripley, H.A. Study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry*, 1960, 1, 349-359.
- Downing, G. *The massage book*. New York: Bookwork/Random House, 1972.
- Drake, E.A. Helping the school cope with children of divorce. *Journal of Divorce*, 1979, 3, 1, 69-75.
- Drake, R.E., Gates, C., Cotton, P., & Whitaker, A. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *Journal of Neurosis and Mental Disease*, 1984, 172, 10, 613-617.
- Drake, R.E., Gates, C., Whitaker, A., & Cotton, P. Suicide among schizophrenics: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 1985, 26, 1, 90-100.
- Dressler, D.M. The management of emotional crises by medical practitioners. *Journal of the American Medical Women's Association*, 1973, 28, 654-659.
- Driscoll, I., Meyer, R., & Sebanie, C. Training police in family crisis intervention. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 1973, 9, 62-82.

- Drotar, D., & Granofsky, M.A. Mental health intervention with children and adolescents with end-stage renal disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1977, 7, 179-192.
- Dryden, A., Jones, R. Adolescent suicide: Can we help prevent it? *Illinois Teacher of Home Economics*, 1986, 30, /, 12-15.
- Dubin, W.R., & Sarnoff, J.R. Sudden unexpected death: Intervention with the survivors. *Annals of Emergency Medicine*, 1986, 15, 54-57
- Duncan, D.S. Negative reaction to drug users by emergency room personnel. *Journal of Psychedelic Drugs*, 1977, 9, 103-105.
- Dynes, R.O., & Quarantelli, E.L. The family and community context of individual reactions to disaster. In H.J. Parad, H.L.P. Resnik, & L.G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: Charles Press Publishers, 1976.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 197-226.
- Ecbertling, L.G. & Hartsough, D.M. Phases of helping in successful crisis telephone calls. *Journal of Community Psychology*, 1989, 17, 249-257.
- Ecbertling, L.G., Hartsough, D.M., & Zarle, T.H. Testing a model for the process of telephone crisis intervention. *American Journal of Community Psychology*, 1980, 8, 6, 715-725.
- Eckstein, E.F. *Food, psychology and nutrition*. Westport, Conn.: AUI Publishing, 1986.
- Eddy, J.P., Stilson, D.C., Morason, G., & Martin, B.E. Overcoming the DAOS syndrome: Crisis strategies for saving lives. *Emotional First Aid - A Journal of Crisis Intervention*, 1984, 1, 4, 25-30.
- Edelstein, B.A & Eisler, R.M. Effects of modeling and modeling with instructions and feedback on the behavioral components of social skills. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 382-389.
- Edland, B.J. The needs of women with gynecologic malignancies. *Nursing Clinical North America*, 1982, 17, 1, 165-177.
- Egan, G. *The skilled helper*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole Publishing Co., 1975.
- Eiser, C. Psychological development of the child with leukemia: A review. *Journal of Behavioral Medicine*, 1979, 2, 141-157.
- Eisikovits, A., & Guttman, E. Being in nothingness: The adolescent experience of imprisonment. *Child and Youth Services*, 1987, 8, 3-4, 89-107.
- Eisler, M., & Hefson, M. Behavioral techniques in family-oriented crisis intervention. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 28, 111-116.
- Eitinger, L.C. Concentration camp syndrome and its late sequelae. In J.E. Dimsdale (Ed.), *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust*, Washington, D.C.: Hemisphere, 1980, 127-162.
- Eliade, M. *Yoga, immortality and freedom*. Princeton: Princeton University Press, 1969.
- Eliade, M. *Yoga, immortality and freedom* (2nd ed.). New York: Bollingen, 1970.
- Ellis, A. *Growth through reason* (2nd ed.). Hollywood, Calif.: Wilshire Books., 1974a.
- Ellis, A. *How to live with a Neurotic* (Rev. ed.). New York: Crow Publishers, 1975.
- Ellis, A. *How to live with and without anger*. New York: Reader's Digest Press, 1977.
- Ellis, A. *How to master your fear of flying*. New York: Curtis Books, 1972
- Ellis, A. *Humanistic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1974b.
- Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
- Ellis, A., & Abrahms, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer, 1978.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Handbook of rational emotive therapy*. Berlin & New York: Springer-Verlag, 1977.
- Ellis, A., & Harper, R.A. *A new guide to rational living*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Book Co., 1961.
- Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R.J. *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon Press, 1988.
- Ellison, J.M. Emergency treatment of acute psychosis, agitation and anxiety. *Hospital and Community Psychiatry*, 1985, 36, 4, 351-352.
- Ellison, J.M., & Wharff, E.A. More than a gateway: The role of the emergency psychiatry service in the community mental health network. *Hospital and Community Psychiatry*, 1985, 36, 2, 180-185.
- Emerson, R.M. & Messinger, S.L. The micro-politics of trouble. *Social Problems*, 1977, 25, 121-134.
- Employee Benefit Plan Review*. Alcoholism programs in the workplace, December 1979, 106-107.
- Epperson, M.M. Families in sudden crisis: Process and intervention in a critical care center. *Social Work in Health Care*, 1977, 2, 265-273.
- Epstein, H. *Children of the holocaust: Conversations with sons and daughters of survivors*. New York: Putnam, 1980.
- Erickson, E.H. *Childhood and society*, New York: W.W. Norton, 1963.
- Erickson, E.H. *Adulthood: Essays*, New York: W.W. Norton, 1978.
- Estimating the social costs of National economic policy: Implications for mental and physical health, and criminal aggression*. A study prepared for the use of the Joint Economic Committee, Congress of the United States. United States Government Printing Office, Washington, D.C., 1976.
- Evans, D.R. Use of the MMPI to predict effective hotline workers. *Journal of Clinical Psychology*, 1977, 33, 1113-1114.
- Evans, D.R., Uhlemann, M.R., & Hearn, M.T. Microcounseling and sensitivity training with hotline workers. *Journal of Community Psychology*, 1978, 6, 139-146.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. *The Eysenck Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1968.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press, 1970.
- Fagan, F., & Shepherd, I.L. (Eds.), *Gestalt therapy*. New York: Harper & Row, 1970.
- Fagin, L. H. The experience of unemployment: The impact of unemployment. *NU Quarterly*, Winter, 1979, 48-74.
- Farberow, N. Clinical developments in suicide prevention in the USA. *Crisis*, 1980a, 1, 16-26.
- Farberow, N.L. (Ed.). *The many faces of suicide*. New York: McGraw-Hill, 1980b.
- Farberow, N. & Litman, R.E. Suicide prevention. In H.L.P. Resnik, H.L. Ruben, & D.D. Ruben (Eds.), *Emergency psychiatric care: The management of mental health crises*. Bowie, Maryland: The Charles Press Publishers, Inc., 1975.
- Farberow, N.L. & Sbnedman, E.S. (Eds.). *I'll cry for help*. New York: McGraw-Hill, 1961.
- Farrell, H.M. Crisis intervention following the birth of a handicapped child. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 1977, 15, 32-36.
- Faust, D.S., & Caldwell, H.S. *Community attitudes toward the child with a life threatening illness*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New York, 1979.
- FBI Uniform Crime Reports, *Crime in 111 United States*, Washington, D.C.: United States Department of Justice, 1979, 302-313.
- FBI Uniform Crime Reports, *Crime in 111 in the United States*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, 1985, 8-39.

- Feldman, E. Teachers need counseling too. *Innovations*, 1979, 6, 39-40.
- Feldman-Sumners, S., Gordon, E.P., & Meagher, J.R. The impact of rape on sexual satisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, 88, 101-105.
- Felner, R.D., Norton, P.L., Cowen, E.L., & Farber, S. A prevention program for children experiencing life crisis. *Professional Psychology*, 1981, 12, 4, 446-452.
- Felner, R.D., Rowlison, R.T., & Terre, L. Unraveling the Gordian knot in life change inquiry. In S.M. Auerbach and A.L. Stolberg (Eds.), *Crisis intervention with children and families*. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing, 1986, 39-59.
- Felthouse, A.R. Crisis intervention in interpartner abuse. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1983, 11, 3, 249-260.
- Ferreira, A.J. Family Myths. *Psychiatric Research Reports*, 1966, 20, 86-87.
- Figley, C.R., & Sprenkle, D.H. Delayed stress response syndrome: Family therapy implications. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1978, 4, 53-60.
- Filipowicz, C.A. The troubled employee: Whose responsibility? *The Personnel Administrator*, 1979, 24, 17-22.
- Fink, S.L., Beak, J., & Taddeo, K. Organizational crisis and change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 1971, 7, 15-37.
- Finkel, N.J. Stress and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 265-273.
- Finlayson, M.A.J., & Rourke, B.P. Locus of control as a predictor variable in rehabilitation medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34, 367-368.
- Fittinger, L. Preliminary notes on a study of concentration camp survivors in Norway. *Israeli Annals of Psychiatry*, 1963, 1, 56-61.
- Fiske, M. *Midlife: The prime of life?* New York: Harper & Row, 1979.
- Flowers, J.V., & Booraen, C.D. Stimulation and role playing methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein, *Helping people change* (2nd ed.). Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1980.
- Floyd, J., & Viney, L.L. Ego identity and ego ideal in the unwed mother. *British Journal of Medical Psychology*, 1974, 47, 273-281.
- Folkins, C.H., & Sime, W.E. Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 1981, 36, 373-389.
- Follingstad, D.R. *A reconceptualization of issues in the treatment of a battered woman*. Presented at the semiannual meeting of the South Carolina Psychological Association, Fall, 1977.
- Fordyce, W.E. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: C.V. Mosby, 1976.
- Foreman, N.J., & Zerwekh, J.V. Drug crisis reaction. *American Journal of Nursing*, 1971, 71(9), 1736-1741.
- Forman, B.D. *Psychotherapy with rape victims. Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 1980, 17, 3, 304-311.
- Portier, L.M. & Wanlass, R.L. Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations Journal of Applied Family and Child Studies*, 1984, 33, J, 13-24.
- Fowler, D.E., & McGee, R.K. Assessing the performance of telephone crisis workers: The development of a technical effectiveness scale. In D. Lester & G.W. Brockopp (Eds.), *Crisis intervention and counseling by telephone*, Springfield, M.: Charles C. Thomas, 1973.
- Fordyce, K. Evaluation of late volunteer crisis counseling workers. *American Journal of Community Psychology*, 1975, 3, 197-219.
- Franciosi, R.A., & Friedman, G.R. Sudden infant death syndrome: A medical and psychological crisis. *Archives of the Foundation of Pathology*, 1977, 6, 18-19.
- Frank, J.D. *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1961.
- Frankel, F.H., & Zamansky, H.S. (Eds.). *Hypnosis at its bicentennial: Selected papers*. New York: Plenum Press, 1978.
- Fraser, J.R., Spicka, O.A. Handling the emotional response to disaster: The case for American Red Cross/Community mental health collaboration. *Community Mental Health Journal*, 1981, 17, 4, 1981, 255-264.
- Frazier, W.H., & Moynihan, B. The emergency service-based rape counseling team. *Connecticut Medicine*, 1978, 42, 91-96.
- Frederick, C.J. Current thinking about crisis or psychological intervention in United States disasters. *Mass Emergencies*, 1977a, 2, 43-50.
- Frederick, C.J. Psychic trauma in victims of crime and terrorism. In R. Vandenbos and B.K. Bryant (Eds.), *CC!aclysms, Crises, and Catastrophes: Psychology in Action*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1987, 55-108.
- Frederick, C.J. Suicide in the United States. *Health Education*, 1977b, 8, 17-22.
- Frederick, C.J. Treatment for post-traumatic stress disorder: An incident-specific approach. In M.J. Goldstein, B.L. Baker & K.R. Jamison (Eds.), *Abnormal psychology*. Boston: Little, Brown, 1986, 465-468.
- Freeman, H.A. *Counseling in the United States*. Dobbs Ferry, N.Y.: Oceana Publications, 1967.
- Freeman, H.A. *Legal interviewing and counseling*. St. Paul: West Publishing, 1964.
- Freeman, H.A., & Weinhofen, H. *Clinical law training: Interviewing and counseling*. St Paul: West Publishing, 1972.
- Freud, S. *Jokes and their relations to the unconscious*, trans. James Strachey. New York: W.W. Norton, 1960.
- Fried, M. Grieving for a lost home. In R.H. Moos (Ed.), *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington: D.C. Heath, 1976.
- Friedman, C.M. & Hart, C.A. Theoretical strategies and nursing interventions to promote psychosocial adaptation to spinal cord injuries and disability. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 1984, 16, 6, 335-342.
- Frieze, I.H. The female victim: Rape, wife beating, and incest. In *Cataclysms, crises and catastrophes: Psychology in action*. In (Eds.), G.R. VandenBos & B.K. Bryant. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1987, 113-145.
- Fry, W.F., Jr. The respiratory components of mirthful laughter. *Journal of Biological Psychology*, 1911, 12, 2, 39-50.
- Frye, N. *Anatomy of criticism*. Princeton: Princeton University Press, 1957.
- Fullk, J.B. Consultation in the management of sexual molestation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1981, 10, 2, 83-85.
- Furniss, T. Mutual influence and interlocking professional family process in the treatment of child sexual abuse and incest. *Child Abuse and Neglect*, 1983, 7, 2, 207-223.
- Gaber, L.B., Arieli, O., & Merbaum, M. Relaxation and assertive training as an adjunct behavior therapy administered in a self-control orientation with psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 1984, 23 (4), 301-309.
- Galassi, M.D., & Galassi, J.P. *As reveryourself: How to be your own person*. New York: Human Sciences Press, 1977.
- Gallanly, D.M. (1982). Psychiatric aspects of alcohol intoxication, withdrawal, and organic brain syndromes. In Solomon, J. (Ed.), *Alcoholism and Clinical Psychiatry*, New York: Plenum Books, 141-149.
- Gardner, K.R., & Montgomery, S. *Clinical biofeedback: A procedural manual*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1977.
- Gardner, R. *The boys and girls book about divorce, a fifteen introduction for parents*. New York: Bantam edition, 1971.

- Ganley, T.F. Morbidity, mortality and rehabilitation. In W.D. Gentry & R.B. Williams (Eds.). *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care*. St Louis: Mosby, 1975.
- Gedan, S. Abortion counseling with adolescents. *American Journal of Nursing*, 1974, 74, 1856-1858.
- Geiser, R., Hoche, L., & King, J. Respite care for mentally ill patients and their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988, 39, 3, 291-295.
- Gelles, R.J. Abused wives: Why do they stay? *Journal of Marriage and the Family*, 1976, 38, 659-668.
- Gelles, R.J. *The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1972.
- Genther, R. Evaluating the functioning of community-based homes. *Professional Psychology*, 1974, 5, 409-414.
- Germann, R.B., Brassard, M.R., & Hart, S.N. Crisis intervention for maltreated children. *School Psychology Review*, 1985, 14, 3, 291-299.
- Gerrard, M., McCann, L., & Geis, B.D. The antecedents and prevention of unwanted pregnancy; Special issue: Social and psychological problems of women: Prevention and crisis intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 1983, 5, 1-4, 85-101.
- Gerson, S., & Bassuk, E. Psychiatric emergencies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 1, 1-11.
- Getz, W.L., Altman, D.C., Berleman, W.C., & Allen, W.D. Paraprofessional crisis counseling in the emergency room. *Health and Social Work*, 1977, 2, 57-63.
- Getz, W., Wiesen, A.E., Sue, S., & Ayers, A. *Fundamentals of crisis counseling*. Lexington, Ma.: D.E. Heath and Co., 1974.
- Getz, W.L., Fujita, B.N., & Allen, D. The use of paraprofessionals in crisis intervention. *American Journal of Community Psychology*, 1975, 3, 135-144.
- Giacquinta, B. Helping families face the crisis of cancer. *American Journal of Nursing*, 1977, 77, 1585-88.
- Gill, M.M., & Bremnan, M. *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International University Press, 1959.
- Gilligan, C. *Adulthood: Developmental rites of passage*. Symposium at the annual meeting of the New England Psychological Association, 1978.
- Gilligan, C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1983.
- Gilligan, C. Woman's place in man's lifecycle. *Harvard Educational Review*, 1979, 49, 431-446.
- Ginolt, H. *Between parent and child: New solutions to old problems*. New York: Macmillan, 1965.
- Ginsburg, L.M., & Ginsburg, S.A. Some clinical and psychobiographical aspects of personal bankruptcy: A psychoanalytic inquest. *Journal of Psychiatry & Law*, 1983, 11, 1, 19-28.
- Gist, R., & Stolz, S.B. Mental health promotion and the media: Community response to the Kansas City Hotel disaster. *American Psychologist*, 1982, 37, 10, 1136-1139.
- Glasgow, R.W., & Rosen, G.M. Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 1978, 85, 1-23.
- Glass, A.J. Psychological aspects of disaster. *Journal of the American Medical Association*, 1959, 171, 188-191.
- Glasser, W. *Reality therapy*. New York: McGraw-Hill, 1980.
- Gleser, O.e., Green, B.L., & Winget, C. *Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek*. New York: Academic Press, 1981.
- Glick, M.D. Managing a crisis intervention program. *Personnel Journal*, 1982, 61, 4, 292-296.

- Glover, W. Survival guilt and the Vietnam veteran. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 1984, 172, 7, 393-97.
- Golan, N. The influence of developmental and transitional crises on victims of disasters. *Series in Clinical and Community Psychology Stress and Anxiety*, 1982, 8, 123-131.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. *Family Therapy: An Overview*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole Publishing, 1985.
- Goldfried, M.R. Application of rational restructuring to anxiety disorders. *Counseling Psychologist*, 1988, 16(1) 50-68.
- Goldfried, M.R. Psychotherapy as coping skill training. In M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum, 1979.
- Goldfried, M.R., & Davidson, G. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1976.
- Goldfried, M.R. & Goldfried, A.P. Cognitive change methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (2nd ed.) New York: Pergamon Press, 1980.
- Goldman, R.K., & King, M.J. Counseling children of divorce. *School Psychology Review*, 1985, 14, 3, 280-90.
- Goldstein, A.P. Relationship enhancement methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1975.
- Goldstein, A.P., Monti, P.I. Sardino, T.J., & Green, D.J. *Police crisis intervention*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1979.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R., & Gershaw, N.J. *Skill training for community living: Applying structural learning therapy*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1976.
- Goldstein, T. Bar panel bids law schools stress practical training. *The New York Times*, August 16, 1979a.
- Goldstein, T. Legal education debate focuses on theoretical versus practical. *The New York Times*, January 8, 1979b.
- Goldwasser, N. Effects of the holocaust on survivors and their families. In S.M. Auerback & A.L. Stolberg (Eds.), *Crisis Intervention with Children and Families*. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing, 1986, 227-241.
- Gomez, J. *How not to die young*. New York: Pocket Books, 1973.
- Goode, W.J. *After divorce*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1956.
- Gordon, R.H. Efficacy of a group crisis counseling program for men who accompany women seeking abortions. *American Journal of Community Psychology*, 1978, 6, 239-246.
- Gordon, T. *Parent effectiveness training: The no lose program for raising responsible children*. New York: P.H. Wyden, 1970.
- Gottman, J. *Marital interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press, Inc., 1979.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonson, J., & Markman, H. *The couple's guide to communication* (4th ed.). Champaign, Ill.: Research Press, 1979.
- Gottschalk, L.A., & Gleser, O.e. *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Berkeley: University of California Press, 1969.
- Gould R. *Transitions: Growth and change in adult life*. New York: Simon & Schuster, 1978.
- Grady, M. An assessment of the behavioral scientist's role with the dying patient and the family. *Military Medicine*, 1975, 140, 789-792.
- Granvold, D.K. & Tarrant, R. Structured marital separation as a marital treatment method. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1983, 9, 2, 189-98.
- Grauer, H., & Frank, D. Psychiatric aspects of geriatric crisis intervention. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1978, 23, 201-207.

- Gray, B., Nida, R.A., & Coonfield, T.J. Empathic listening test: An instrument for the selection and training of telephone crisis workers. *Journal of Community Psychology*, 1976, 4, 199-205.
- Grayson, J.H. & McNulty, C.V. Innovative programming for child abuse and neglect. *Journal of Rural Community Psychology*, 1982, 3, 2, 35-41.
- Greenbaum, C.W., Rogosky, I., & Shalit, B. The military psychologist during wartime: A model based on action research and crisis intervention. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 1977, 13, 17-29.
- Greer, F. Toward a developmental view of adult crisis: A reexamination of crisis theory. *Journal of Humanistic Psychology*, 1980, 20, 4, 17-29.
- Greer, F.L., & Weinstein, R.S. Suicide prevention center outreach: Callees and noncallers compared. *Psychological Reports*, 1979, 44, 387-393.
- Griffin, J.J. The pastoral counselor has no clothes! *The Journal of Pastoral Care*, 1980, 34, 168-176.
- Groner, F. Delivery of clinical social work services in the emergency room: A description of an existing program. *Social Work in Health Care*, 1978, 4, 19-29.
- Gross, J. Survivors heal slowly where five children died. *New York Times National*, May 21, 1989.
- Grunet, G.W., & Trachtman, D.L. Psychiatric social workers in the emergency room. *Health and Social Work*, 1976, 1(3), 113-131.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. *Americans view their mental health*. New York: Basic Books, 1960.
- Gurman, A.S., & Rice, D.G. (Eds.). *Couples in conflict: New directions in marital therapy*. New York: Jason Aronson, 1975.
- Gutmann, D.G. Parenthood: A key to the comparative study of the life cycle. In N. Datan & L.H. Ginsberg (Eds.), *Life-span developmental psychology: Nonnative life crises*. New York: Academic Press, 1975.
- Gutstein, S.E., Rind, M.D., Graham, J.C., & Rayha, L.L. Systemic crisis intervention as a response to adolescent crises: An outcome study. *Family Process*, 1988, 27 (2), 201-211.
- Guzee, S.B., & Robins, E. Suicide and primary affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, 437-438.
- Hackett, T.P., & Cassem, N.H. Psychological aspects of rehabilitation after myocardial infarction. In N.K. Wenger & H.K. Hellerstein (Eds.), *Rehabilitation of the coronary patient*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- Hackney, H. Children's response to crisis and change. *Early Child Development and Care*, 1984, 13, 3-4, 281-291.
- Hagerty, P.J., & Rist, M.C. AIDS: How we kept the kids in school and averted a panic [and] Review these guidelines on handling students with AIDS. *Executive Educator*, 1986, 8, 1, 28-30.
- Haley, F. *Changing families*. New York: Grune & Stratton, 1971a.
- Haley, J. Family Therapy: A radical change. In J. Haley (Ed.), *Changing Families: A Family Therapy Reader*. New York: Grune & Stratton, 1971b.
- Haley, J. *Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior*. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.
- Haley, J. Paradoxes in play, fantasy and psychotherapy. *Psychiatric Research Reports*, 1975, 2, 52-58.
- Haley, J. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Haley, J. *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: W.W. Norton, 1973.
- Hall, R.C.W., Gardner, E.R., Popkin, M.K., LeCann, A.F., & Stickney, S. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 5, 629-635.
- Halpern, H.A. The crisis scale: A factor analysis and revision. *Community Mental Health Journal*, 1975, 11, 295-300.
- Halpern, H.A. Crisis theory: A definitional study. *Community Mental Health Journal*, 1973, 9, 342-439.
- Halpern, H.A., Canale, J.R., Grant, B.L., & Bellamy, C. A systems crisis approach to family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1979, 5, 87-94.
- Hamera, E.K., & Shontz, F.C. Perceived positive and negative effects of life-threatening illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1978, 22, 419-424.
- Hamilton, D. When the police enter a family fight. *Boulder Daily Camera: Focus Section* 3-6, February 11, 1973.
- Hammond, D.C., & Stanfield, K. *Multidimensional psychotherapy: A counselor's guide for the mapform*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing, 1977.
- Hancock, E. Crisis intervention in a newborn nursery intensive care unit. *Social Work in Health Care*, 1976, 1, 421-432.
- Hankoff, L.D., Mischorr, M.T., Tomlinson, K.E., & Joyce, S.A. A program of crisis intervention in the emergency medical setting. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 47-50.
- Hansel, N. Reception service in emergency contexts. In H.J. Pijrad, H.L.P. Resnik, & L.G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: Charles Press Publishers, 1976.
- Hansell, N. Services for schizophrenics: A lifelong approach to treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1978, 29, 2, 105-119.
- Hanson, G., & Pascoe, D.J. Intervention with sexually abused children, and the children's self-help project. *Mobius*, 1985, 5, 1, 65-75.
- Hanson, P. The Johari Window: A model for soliciting and giving feedback. In J.E. Jones & J.W. Pheiffer (Eds.), *The 1973 Annual Handbook for Group Facilitators*. La Jolla, Calif.: University Associates Publishers, Inc., 1973.
- Harrell, F., Gerner, B. Training married couples in conflict negotiation skills. In D.H.L. Olson (Ed.), *Treating relationships*. Lake Mills, Ia.: Graphic, 1976.
- Harris, G. An evaluation of a family crisis counseling center's impact on detained status offenders in Sedgwick County, Kansas. Report, 1986.
- Harris, M., Bergman, H.C., & Bachrach, L.L. Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hospital and Community Psychiatry*, 1986, 37, 6, 630-631.
- Harshbarger, D. An ecological perspective on disaster intervention. In H.J. Parad, B.L.P. Resnik, & L.G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: The Charles Press Publishers, 1976.
- Hart, L.E., & King, G.D. Selection vs. training in the development of paraprofessionals. *Journal of Counseling Psychology*, 1979, 26, 235-241.
- Hartman, C.R., & Burgess, A.W. Child sexual abuse: Generic roots of the victim experience. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1986, 2, 2, 83-92.
- Hassall, E., & Madar, D. Crisis group therapy with the separated and divorced. *Family Relations*, 1980, 29, 4, 591-597.
- Hatfield, A.B. & Lefley, H.P. *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: Guilford Press, 1987.
- Hangk, K.C., & Dorr, D. The development and evaluation of a community mental health education program for seminarians. *American Journal of Community Psychology*, 1976, 4, 283-292.

- Havighurst, R.J. *Developmental tarbanti education*. New York: Longmans, Green & Co., 1952.
- Hawton, K., & Catalan, J. *Attempted suicide: A practical guide to its nature anti management*. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- Hay, D., & Oken, D. The psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosomatic Medicine*, 1972, 34, 109-118.
- Haynes, J.M. *Divorce mediaJion: A practical guide for lherapists and counselors*, New York: Springer, 1981.
- Haywood, C. The future role of crisis intervention centers: Theoretical base and principles of intervention: I. An overview of the ark model for srfress modulation and crisis intervention. *Crisiü Inlervention*, 1977, 8, .S6-73.
- Haywood, C., & Leuthe, J. *CrisLr inlervention in the 1980's: From networking to social injluerue*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, September 4, 1980, Montreal, Canada.
- Hearst, P. *Every secret thing*. Garden City, New York: Doubleday, 1982.
- Heaton, M.E., Ashton, P.T., & Powell, E.R. *Coding the "cryfor help"*. Paper presented at the annual meeting of the American Association of Suicidology, Detroit, 1972.
- Heinemann, A.W., & et al. Coping after mastectomy: Antecedents and outcomes. Paper presented at the 93rd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, August 23-27, 1985.
- Helfer, R.E., & Kempe, C.H. (Eds.). *Child abuse and neglect: The family aNI the community*. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Co., 1976.
- Heller, D.B., & Schneider, C.D. Interpersonal methods for coping with stress: Helping families of dying children. *Omega*, 1978, 8, 319-329.
- Henderson, H.E. Helping families in crisis: Police and social work intervention. *Social Work*, 1976, 21 (4), 314-315.
- Herzberg, A. *Active psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1945.
- Hester, D. *Celebratinglifetransitions: Towardasynthesisofliturgyandcrisisresolution*. Austin, Tex.: Auslin Presbyterian Theological Seminary, Doctor of Ministry Program Project, 1985.
- Hilgard, E.R., & Hilgard, J.R. *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, Calif.: Wm. Kaufmann, 1975.
- Hill, G.E. Guidance in the elementary schools. Position paper for the APGA Committee on Dimensions in Elemental School Guidance, 1964.
- Hill, R. Generic features of families under stress. *Social Case. Work*, 1958, 39, 139-150.
- Hillard, J.R. Reactions of college students to parental divorce. *Psychiatric Annals*, 1984, 14, 9 663-70.
- Hillard, J.R., Rillillill, D., Sung, W.W.K., Holland, J.M. Suicide in a psychiatric emergency room population. *American Journal of P.rychiatry*, 1983, 140, 4, 459-462.
- Hiltner, S. *Pastoral Col11iseling*. Nashville: Abingdon Press, 1949.
- Hiltner, S. *Preface ro pa.wral thealogy*. Nashville: Abingdon Press, 1958.
- Hiltner, S., & Colston, L.G. *The conduct of pastoral counseling*. Nashville: Abingdon Press, 1961.
- Hirehowitz, R.G. The human ruipects of managing transition. *Per.ronnel*, 1974, 51, S-17.
- Hodgin, J.D. The emotional dynamics of physical illness. *American Family Physician*, 1984, 30, 3, 235-238.
- Hoehn-Saric, R. Evaluation of psychiatric training in the emergency room. *Comprehensive Psychiatry*, 1977, 18, 585-589.
- Hoff, LA. *People in crisis: Understanding and helping*. Menlow Parle, California: AddisonWesley Publishing Company, 1978.
- Hoffman, I., & Futterman, E.H. Coping with waiting: Psychiatric intervention and study in the waiting room of a pediatric oncology clinic. *Compre.hensive Psychiatry*, 1971, 12, 36-47.
- Hoiberg, A. & McCaughey, B.G. The traumatic aftereffects of collision at sea. *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141, 1, 70-73.
- Holahan, S.J., & Searly, J.L. Coping and ecology: An integrative model for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1980, 8, 671-685.
- Holloman, C.R. Mental health on the job; Whose responsibility? *Business Horizons*, 1973, 16, 73-80.
- Holmes, T.H., & Masuda, M. Life change and illness susceptibility. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (&Is.), *Srressfal life events: Their nature and effects*. New York: Jobo Wiley & Sons, 1973.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11, 213-218.
- Homme, L.E. Perspectives in psychology-XXIV control of covenants: The operants of the mind. *Psychological Record*, 1964, 15, 501-511.
- Hopper, C.B., & McCance, K. The forgotten sufferers: Children of inmates. Paper presented at the Annual Meeting of the Southwestern Social Science Association, Houston, March 14-17, 1983.
- Homey, K. *Self-analysis*. New York: W.W. Norton, 1942.
- Horowitz, J.E. Sexual abuse of children: A review of victim symptomatology, offender behavioral patterns, and treatment methods. *American Men1al Health Coun. velors Association Journal*, 1985, 7, 4, 172-79.
- Horowitz, M.J. Diagnosis and treatment of stress response syndromes: General principles. In H.J. Parad, H.L.P. Resnik & L.G. Parad (&Is.), *Emergency anti disaster numagement: A mental health sourcebook*, Bowie, Md.: The Charles Press Publishers, 1976.
- Horowitz, M.J., & Solomon, G.F. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. *Journal of Social Ismes*, 1975, 31, 67-80.
- Horstman, P.L. Assaults on police officers: How safe are you? In R.W. Kobetz (Eds.), *Crisis intervention and the police: Selected readings*, Gaithersburg, Md.: International Association of Chiefs of Police, 1974.
- Hughes, H.M. Brief interventions with children in a battered women's shelter: A model preventive program. *Family Relations*, 1982, 31, 4, 495-502. Research with children in shelters: hnplications for clinical services. *Children Today*, 1986, 15, 2, 21-25.
- Hughes, H.M., Barad, S.J. Changes in the psychological functioning of children in a battered women's shelter: A pilot study. *Vicrinuilogy*, 1982, 7, 1-4, 60-68.
- Humphrey, J.A., & Palmer, S. Stressful life events and criminal homicide. *Omega*, 1986-87, 17, 4, 299-308.
- Hundley, D.S. Crisis intervention and the emergency medical service provider. *Crisis Inlervention*, 1982, 12, 4, 128-140.
- Hunt, C. Step by Step: How your schools can live through the tragedy of teen suicides. *American School Board Journal*, 1987, 174, 2, 34-37.
- Hunt, R.A. *The Christian as minister*. Printed by the Board of Higher Education and ministry, The United Methodist Church, Nashville, Tn., 1977.
- Hyde, A.P. *Living with schiwphrenia*. Chicago: Contemporary Books, 1985.
- Ianzito, B.M., Fine, J., Sprague, B., & Bi. Pestana, J. Overnight admission for psychiatric emergencies. *Hospital anti Community Psychiatry*, 191 8, 29, 728-730.
- Isaacs, G. Crises psychotherapy with persons experiencing the AIDS related complex. *Crisis Intervention*, 1985, 14, 4, 115-121.
- Iscoe, L.C. Community psychology and the competent community. *American P ychalogisr*, 1974, 29, 607-613.

- Iscoc, J. Realities and trade offs in a viable community psychology. *Journal of Community Psychology*, 1911, 5, 131-154.
- Iscoc, I., Hill, F., Harmon, M., & Coffmann, D. Telephone counseling via cassette tapes. *Journal of Counseling Psychology*, 1919, 26, 166-168.
- Jshii, K. Adolescent self-destructive behavior and crisis intervention in Japan. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1981, JJ, J, 51-61.
- Jshikawa, E., & Swain, D.L. (Tr.) Hiroshima and Nagasaki: *The physical, medical, and social effects of atomic bombings*. New Yorle: Basic Books, Inc., 1981.
- Izzo, L.D., & Jsaacson, R.V. *New ways in school menJal health: Early detection and prevention of school maladaptation*. New York: Human Sciences Press, 1975.
- Jackson, D., & Weakland, J. Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique and results. *Psychiatry*, 1961, 24, 30-45.
- Jaco, E.O. Ecological aspects of patient care and hospital organization. In B.S. Georgopoulos (Ed.), *Organization research on health inttitrltions*. Ann Arbor: The University of Michigan, 1972.
- Jacobs, D. Psychopharmacologic management uf ttle psychiatric emergency patient. *General Hospital Psychiatry*, 1984, 6, 203-210.
- Jacobs, P. The consulting psychologists' emerging role in law enforcement. *Professional Psychology*, August, 1976, 256-266.
- Jacobsen, P.H., & Howell, R.J. P-ychiatric problems in emergency rooms. *Health and Social-Work*, 1978, 3, 88-107.
- Jacobson, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint, 1974.
- Jacobson, G.F., Strickler, M., & Morley, W.E. Generic and individual approaches fo crisis intervention. *American Journal of Public Health*, 1968, 58, 339-343.
- Jacobson, N.S. Problem solving and contingency contra-cting in the treatment of marital discord. *Journal of Conutlting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 92-100.
- James, M., & Jongeward, D. *Bom to win*. New Yoik: Signet, 1978.
- Jamison, R., & Johnson, J.E. Empathy and therapeutic orientation in paid and volunteer crisis phone workers, professional therapist and undergraduate college students. *Journal of Conununity Psychology*, 1975, 3, 269-274.
- Janis, J. *PsychologicaJ stress*. New York: Jobo Wiley & Sons, 1958.
- Jellinek, M. Referrals from a psychiatric emergency room: elatio11Shipof complaints to demographic and interview variables. *American Journal of Psyclúatry*, 1978; 135, 209-213.
- Johnson, B.B. Sexual abuse prevention: A rural interoisdisciplinary effort. *Child Weifare*, 1987, 66, 2, 165-73.
- Johnson, S.W. Mutual expectations: How family membefs view the social role of the mental health center client. *Journal of Psychosocial Nursing*, 1986, 24, JO, 35-36.
- Johnston, M. Anxiety in surgical patients. *PsychologicaJ Medicine*, 1980, JO, 145-152.
- Joint Conml Jision Accreditation of Hospitals: Principiesfor accreditation of community mental. health services program*, 1979. (Available from 875, Norlh Michigan Avenue, Chicago, Ill., 60611.)
- Joint Economic Committee Report of the 94th United States Congress*, Revised December 27, 1976. Washington, D.C.: United States Government Printing Office, 1976.
- Jones, N.H. Grief and involuntary career change: Its implications for counseling. *Vocational Guidance Quanerly*, 1979, 27, 196-201.
- Jones, S.L., Jones, P.K., & Meisner, B.S. Jdentif'Clition of patients in need of psychiatric intervention. Visiting and emergency facility. *Medical. Care*, 1978, 16, 372-382.
- Jones, W.A. The A-B-C method of crisis management: *Mental Hygiene*, 1968, 52, 87.
- Jorgénson, J.D., Hernandez, S.H., & Wanen, R.C. Addressing the social need's of

- families of prisoners: A tool for inmate rehabilitation. *Federal Probation* 1986, 4, 41-52.
- Joy, S.S. Abortion: An isuet to grieve? *Journal of Counseling and DevelopmenJ*, 1985, 63, 6, 375-376.
- Juda, D.P. Psychoanalytically oriented crisis intervention and treatment of rape co-victims. New York Crime Victims Board Conference: A bill of rights for crime victims. *Dynamic Psychot/U/rapy*, 1985, 3, J, 41-58.
- Kadel, T.E. *Growth in ministry*. Philadelphia: Fortress Press, 1980.
- Kahn, R.L., & Cannell, C.F. *The dynamics of interviewing, techniques and cases*. New York: John Wiley & Sons, 1965.
- Kales, J.D., & Kales, A. Managing the individual and fam.ily in crisis. *American Family Physician*, 1915, 12, IW-115.
- Kalis, B. Crisis theory: Its relevance for community psychology and directions for development. In *Community p.tychology and menJal health: Perspedives and challenges*. San Francisco: Chandler, 1970.
- Kaminsky, B.A., & Sbeckter, L.A. Ahortion counseling in a general hospital. *Health and Social Work*, 1979, 4, 93-103.
- Kane, R.P. Preparing children for situational crises. *Journal of Chiúlrren in Comempo-rary Society*, 1982, 14(2-3), 27-34.
- Kantor, S.E., & Caron, H.S. *Imensive crisis inJervention with ex-convicts: A controlled field experiment*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronfo, 1978.
- Kaplan, L.S. A matter of loss: Living on, surviving sadness. *The School Counselor*. March, 1979, pp. 229-235.
- Karlin, R.A., & McKeon, P. Theuse of hypnosis in multimodal therapy. In A.A. Lazarus, *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer, 1976.
- Kastenbaum, R. *Growing old: Yeal'3" offtdjllment*. New Yoik: Harper & Row, 1979.
- Katz, S., & Mazur, M.A. Understanding the rape victim: A synthesis of research findings. New Yoik: John Wiley & Sons, 1979.
- Kazdin, A.E. Assessment of imagery during covert modeling of assertive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1976, 7, 213-219.
- Keily, W.F. Psychiatric syndromes in critically ill patients. *Journal of the American Medical Association*, 1976, 235, 2759-2761.
- Keith, C.R., & Ellis, D. Reactions of pupils and teachers fo death in a classroom. *School Counselor*. 1978, 25, 228-234.
- Kellner, K.R., Best, E.K. Chesborough, S., Donnelly, W., & Green, M. Perinatal mortality counseling program for families who experience a stillbirth. *Death Education*, 1981, 5, J, 29-35.
- Kelly, E.M., & I.oesch, L.C. Abused wives: Perceptions during crisis counseling. *American MenJal Heaúh Coun.fillors Association Journal*, 1983, 5, 3, 132-140.
- Kemeny, J.G. *Report of the PresidenJ's Commitsion on the Accident at Three Mile /slaruJ*. Washington, D.C., 1979.
- Kennedy, C.E. *Human development: The adult years aruJ aging*. New Yoik: Macmillan, 1978.
- Kennedy, D.B. Implications of the victimization syndrome for clinical intervention with crime victims. *Pel'3" onnel ami Guidance Journal*, 1983, 62; 4, 219-222.
- Keu, N. On being diffe.rent In S.M. Auerha<k & A.L. Stolberg (eds.); *Crisis inJervention with chfldren aruJ familie.f*. Washington: Hemisphere Publshing, 1986, 203-224.
- Kessler, S. *CreDtive conflict resolution: Mediation*. Atlanta, Georgia: National Institute for Professional Training, 1978.
- Kilpatrick, D.G., & Veronen, L.J. Treatment for rape-related problems: Crisis interven-

- tion is not enough. In L.H. Cohen, W. Claiborn & G. Specter (Eds.), *Crisis intervention*. New York: Human Sciences Press, 1983.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Resick, P.A. Assessment of the aftermath of rape: Changing patterns of fear. *Journal of Behavioral Assessment*, 1979b, *J*, 133-148.
- Kimbrell, G.M. & Slaikou, K.A. *The role of crisis theory in chronic illness*. Unpublished manuscript. University of South Carolina, 1981.
- Kimmel, D.C. *Adulthood and aging*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- King, H.E., & Webb, C. Rape crisis centers: Progress and Problems. *Journal of Social Issues*, 1981, *37*, 4, 93-104.
- Kinney, F. Homebuilders: An in-home crisis intervention program. *Children Today*, January-February, 1978, 15-35.
- Kinsella, J.K., & Africano, A. Emergency care and evaluation of the alcohol patient. *Connecticut Medicine*, 1977, *41*, 655-661.
- Kinzel, R. Resolving executives' early retirement problems. *Personnel*, 1974, *51*, 55-64.
- Kirby, M.W., Polak, P.R., & Weerts, T.C. Family crisis intervention and the prevention of psychiatric hospitalization. In Cohen, L., Claiborn, W., & Specter, G.A. (Eds.), *Crisis intervention*. New York: Human Sciences Press, 1983, 111-125.
- Klein, D.C., & Lindemann, E. Preventive intervention in individual and family crisis situations. In G. Caplan (Ed.), *Prevention of mental disorders in children*. New York: Basic Books, 1961.
- Klein, D.C., & Ross, A. Kindergarten entry: A study of role transition. In M. Krugman (Ed.), *Orthopsychiatry and the School*. New York: American Orthopsychiatry Association, 1958.
- Klein, R. A crisis to grow on. *Cancer*, 1971, *28*, 1660-1665.
- Kling, R. Chronicity at what price! Overview of the interrelationship between pediatric cancer centers and the community. In J.L. Schuman & M.J. Kupst (Eds.), *Child with cancer: Clinical approaches to psychosocial care-Research in psychosocial aspects*. Springfield, ID: Charles C. Thomas, 1980.
- Klingman, A. Children in stress: Anticipatory guidance in the framework of the educational system. *Personnel and Guidance Journal*, 1978, *57*, 22-26.
- Klingman, A. & Ben Eli, Z. A school community in disaster: Primary and secondary prevention in situational crisis. *Professional Psychology*, 1981, *12*, 4, 523-533.
- Klyver, N., & Reiser, M. Crisis intervention in law enforcement. *Counseling Psychologist*, 1983, *11*, 2, 49-54.
- Knesper, D.J., Landau, S.G., & Looney, J.G. Psychiatric education in the emergency room: Must teaching stop at 5 p.m.? *Hospital and Community Psychiatry*, 1978, *29*, 723-797.
- Knickerbocker, D.A., & McGee, R.K. Clinical effectiveness of non-professional and professional telephone workers in a crisis intervention center. In D. Lester & G. Brockopp (Eds.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, ID: Charles C. Thomas, 1972.
- Knickerbocker, D.A., & McGee, R.K. Clinical effectiveness of volunteer crisis workers on the telephone. In D. Lester and G. Brockopp (Eds.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1973.
- Konert, R.J. Developing a suicide intervention program in your school. *NASSP Bulletin*, 1986, *70*, 487, 51-54.
- Kopel, K., & Mpeck, L.A. The use of group sessions for emotional support of families of terminal patients. *Death Education*, 1978, *J*, 409-422.
- Koffman, S.J. *MOI'm clil'icol psychology*. New York: BicBooks, Inc. 1976.
- Kraus, S. The crisis of divorce: Growth promoting or pathogenic? *Journal of Divorce*, 1979, *3*, 107-119.

- Kroger, W.S. *Clinical and Experimental hypnosis* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott, 1976.
- Kroll, J. *The challenge of the borderline patient: The competency in diagnosis and treatment*. New York: W.W. Norton, 1988.
- Kubler-Ross, E. *On death and dying*, New York: Macmillan, 1969.
- Kuenzi, S.H., & Fenton, M.V. Crisis intervention in acute care areas. *American Journal of Nursing*, 1975, *75*, 830-834.
- Kupst, M.J. Coping in siblings of children with serious illness. In: M. Auerbach & A.L. Stolberg (Eds.), *Crisis Intervention with Children and Families*, Washington, D.C.: Hemisphere Publishing, 1986, 173-188.
- Kupst, M.J., & Schulman, J.L. Family coping with leukemia in a child: Initial reactions. In J.L. Schulman & M.J. Kupst, (Eds.), *The child with cancer*. Springfield, MA: Charles C. Thomas, 1980.
- Kurdek, L.A., & Berg, B. Children's beliefs about parental divorce scale: Psychometric characteristics and concurrent validity. Special issue: Eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, *55*, 5, 712-718.
- Kushner, A.W. Two cases of auto-castration due to religious delusions. *British Journal of Medical Psychiatry*, 1967, *40*, 293-298.
- L'Abate, L., & Weeks, G. A bibliography of paradoxical methods in psychotherapy of family systems. In *Family Process*, 1978, *17*, 83-95.
- LaFromoise, T.D., & Rowe, W. Skills training for bicultural competence: Rationale and application. *Journal of Counseling Psychology*, 1983, *30*(4), 589-595.
- Lally, S. Sweet relief with on-the-spot tranquilizers. *Prevention*, September 1988, 26-133.
- Lamberson, T.O. Realities of retirement counseling: point of the need for corporate counseling programs. *Risk Management*, 1978, *2S*; 28-31.
- Lane, D.J. Family adjustment to the crisis of child disability. *Disability and Rehabilitation*, 1976, *37*, 441-B.
- Lange, A.F., & Jaubowski, P. *Responsible aspenive behavior*. Campaign, MA: Research, 1976.
- Langer, E.J., Janis, I.L., & Wotfer, J. Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1975, *11*, 155-165.
- Lansley, D.G. Crisis intervention: Managing stress-induced personal and family emergencies. *Behavioral Medicine*, 1978a, *5*, 31-33, 36-37.
- Lansley, D.G. Three models of family therapy: prevention, crisis treatment or rehabilitation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1978, *39*, 792-796.
- Lansley, D.G., & Kaplan, D.M. *The treatment of families in crisis*. New York: Grune & Stratton, 1968.
- Lascari, A.D. The dying child and the family. *The Journal of Family Practice*, 1978, *6*, 1279-1286.
- Laiba, M., & Kaliappan, K.V. The efficacy of yoga therapy in the treatment of migraine and tension headaches. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 1987, *13*(2), 95-100.
- Lauer, R.H., & Lauer, J. *Waterheads: Mastering life's unpredictable risks*. Boston: Little, Brown & Co., 1988.
- Lavey, E.B., & Winde, R.A. Continuing disability of patients with chest pains and normal coronary arteriograms. *Journal of Chronic Disease*, 1979, *32*, 191-196.
- Lawrence, D.B., & Steinbrecher, D.D. Occupational alcoholism programs-wave of the future. *Personnel*, 1979, *56*, 43-45.
- Lazare, A., Cohen, F., Jacobson, A., Witliruru, M. Mignone, R., & Zisocik, S. The walk-in patient as a "customer": A key dimension in evaluation and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1972, *42*, 872-883.

- Lazare, A., Eisenthal, S., & Wasserman, L. The customer approach. to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 32, 553-558.
- Lazarus, A.A. (Ed.). *Multimodal behaviortherapy*. New York: Springer Publishing Co., 1976.
- Lazarus, A.A. *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1981.
- Lazarus, A.A., & Abramovitz, A. *Learn to relax*. A recorded course in muscular relaxation. Johannesburg: Troubadour Records, 1972.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. *I can if I want to*. New York: William Morrow & Co., 1975.
- Lazarus, R.S. A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist*, 1975, 30, 553-561.
- Lazarus, R.S. The stress and coping paradigm. In LA. Bond and R.C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. New Hampshire: University Press of New England, 1980.
- Lazarus, R.S., & Cohen, J.B. Environmental stress. In L. Altman & J.F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and the environment: Current theory and research*, Vol. 2. New York: Plenum Press, 1978, 89-127.
- Lederer, W.J., & Jackson, O.O. *Mirages of marriage*. New York: W.W. Norton, 1968.
- Leeman, C.C. Diagnostic errors in emergency room and medicine: Physical illness in patient labeled "psychiatric" and vice versa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1975, 6, 553-540.
- Lefort, S. Care of the rape victim in emergency. *Canadian Nurse*, 1977, 73, 42-45.
- Leopold, R.L., & Dillon, H. Psychoanalysis of a disaster: A long-term study of post-traumatic neurosis in survivors of a marine explosion. *American Journal of Psychiatry*, 1963, 119, 913-921.
- Lesicko, F.C.N. *Crisis intervention training and telephone consultation with rural clergy*. Master's Thesis, University of Texas at Austin, December, 1984.
- Lester, O. Demographic vs. clinical prediction of suicide behaviors: A look at some of the issues. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik, & O.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Bowie, Md.: The Charles Press Publishers, 1974.
- Lester, O. Steps toward the evaluation of a suicide prevention center: Part I. *Crisis Intervention*, 1970, 2, 42-45.
- Lester, O. The use of the telephone in counseling and crisis intervention: In Ithiel DeSola Pool (Ed.); *The Social Impact of the Telephone*. Boston: MIT Press, 1977.
- Lester, O., & Brockopp, G. *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1973.
- Leupnitz, O.A. Children of divorce: A review of the psychological literature. *Law and Human Behavior*, 1918, 2, 167-179.
- Leupnitz, O.A. Which aspects of divorce affect children? *The Family Coordinator*, 1979, January, 79-85.
- Levav, I., Greenfield, H., & Baruck, E. Psychiatric combat reactions during the Yom Kippur War. *American Journal of Psychiatry*, 1979, 136, 637-641.
- Levenberg, S.B. Building consultative relationships with rural fundamentalist clergy. *Professional Psychology*, 1976, 553-558.
- Levenberg, S.B., Jenkins, C., & Wendorf, O.J. Studies in family-oriented crisis intervention with hemodialysis patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1978, 9, 83-92.
- Levine, A., *Love Canal: Science, politics, people*. Lexington, Mass.: Lexington Books, 1982.
- Levine, M. Residential change and school adjustment. In R.H. Moos (ed.), *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington, Mass.: O.C. Heath & Co., 1976.
- Levine, M., & Levine, A. *A social history of helping services: Clinic, court, school, and community*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
- Levine, S.V. Draft dodgers: Coping with stress, adapting to exile. In R.H. Moos (ed.), *Human adaptation: Coping with life crisis*. Lexington, Mass.: O.C. Heath & Co., 1976.
- Levinson, O.J. *The seasons of a man's life*. New York: Alfred A. Knopf, 1978.
- Levinson, O.J., Darrow, C.M., Klein, E.B., Levinson, M.H., & McKee, B. Periods in the adult development of man: Ages 18-45. *The Counseling Psychologist*, 1976, 6, 21-25.
- Levinson, R.M. Family crisis and adaptation: Coping with a mentally retarded child. *Dissertation Abstracts International*, 1976, 36, 83, 36-A.
- Levis, O.J. Implementing the technique of improvisation. In A. Goldstein, & E. Foa (eds.), *Handbook of behavioral intervention*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- Levis, O.J., & Hare, N.A. A review of the theoretical and rationale and empirical support for the extinction approach of implosive (flooding) therapy. In M. Hersen, M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press, 1977.
- Levy, L. The role of a natural mental health service delivery system in dealing with basic human problems. In G.A. Specter & W.L. Clairborn (eds.), *Crisis Intervention*. New York, N.Y.: Behavioral Publication, 1973.
- Levy, J.M., & McGee, R.J. Childbirth as a crisis: A test of Janis' theory of communication and stress resolution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31, 171-179.
- Lewis, J.M., Beavers, W.R., Gossett, J.T., & Phillips, V.A. *No single thread: Psychological health in family systems*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Lewis, M.S., Gottesman, O., & Gutstein, S. The course and duration of crisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 128-134.
- Lieberman, R. A behavioral approach to group dynamics II. Reinforcing and prompting hostility to the therapist in group therapy. *Behavior Therapy*, 1970a, 7, 312-327.
- Lieberman, R. Police as a community mental health resource. *Community Mental Health Journal*, 1969, 5, 111-120.
- Lieberman, R.P. Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1970, 40, 106-118.
- Lieberman, R.P., Wheeler, E.G., de Visser, L.A.J.M., Kuehnel, J., & Kuehnel, T. *Handbook for marital therapy: A positive approach to helping troubled relationships*. New York: Plenum Press, 1980.
- Lieberman, R.P., Wheeler, E., & Sanders, N. Behavioral therapy for marital disharmony: An educational approach. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1976, 2, 383-395.
- Lidell, H.G., & Scott, R. *The Greek-English Lexicon*. Oxford: The Clarendon Press, 1968.
- Lieberman, G.L. Children of the elderly as natural helpers: Some demographic considerations. *American Journal of Community Psychology*, 1978, 6, 489-498.
- Lieberman, M.A. *Adaptive processes in later life*. Paper presented at the W. Virginia Life Span Conference, May, 1974.
- Lidz, T. Nightmares and the combat neuroses. *Psychiatry*, 1946, 9, 37-49.
- Liegeer, L.M. Suffering. *Loss, Grief and Care*, 1986-87 J, 1-2, 93-96.
- Lifton, R.J., & Olson, E. Death imprint in Buffalo Creek. In H.J. Parad, H.L.P. Resnik, & L.G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Maryland: The Charles Press Publishers, Inc., 1976.
- Lindeman, B. Widower, health self. In R.H. Moos (ed.), *Human adaptations: Coping with life crises*. Lexington, Mass.: D.C. Heath & Company, 1976.

- Lindemann, E. Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101, 141-148.
- Lindenburg, E. The need for crisis intervention in hospitals. *Hospitals*, 1972, 46, 52-55.
- Lindy, J.D., Grace, M.C., & Green, B.L. Survivors: Outreach to a reluctant population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1981, 51, 3, 468-78.
- Linn, L. Emergency room psychiatry: A gateway to community medicine. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 1971, 38, 110-120.
- Lion, J.R. & Reid, W.H., (Eds.), *Assaults within psychiatric facilities*. New York: Grune and Stratton, 1983.
- Lister, T.M. *To care is not enough: A crisis intervention training manual*. Brummillin, South Dakota: Education Research Service Center, University of South Dakota, 1976.
- Lister, T.M. A study of the effectiveness of the Vermilion Hotline training program in increasing the skills of communicating empathy and discrimination. *Dissertation Abstracts International*, 1976, 36, 4136.
- Liston, E.H. Psychiatric aspects of life threatening illness: A course for medical students. *Psychiatry in Medicine*, 1974, 5, 51-56.
- Llinas, J.J. Crisis intervention: A technique physicians should master. *Michigan Medicine*, 1976, 75, 446-447.
- Lloyd, S.A., Cate, R.M., & Conger, J. Family violence and service providers: Implications for training. *Social Casework*, 1983, 64, 7, 431-435.
- Long, N., & Forehand, R. The effects of parental divorce and parental conflict on children: An overview. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1987, 8, 5, 292-296.
- Lopez, D.J., & Getzel, G.S. Helping gay AIDS patients in crisis. *Social Casework*, 1984, 65, 7, 387-394.
- Lopez, D., & Getzel, G.S., Strategies for volunteers caring for persons with AIDS. *Social Casework*, 1987, 68, 1, 47-53.
- Loseke, D., & Berk, S.F. The work of shelters: Battered women and initial calls for help. *Victimology*, 1982, 1, 1-4, 35-48.
- Loving, N. *Responding to spouse abuse & wife beating: A guide for police*. Washington, D.C.: Police Executive Research Forum, 1980.
- Loving, N. *Responding to spouse abuse & wife beating: A guide for police*. Washington, D.C. Police Executive Research Forum, 1981a.
- Loving, N. *Spouse abuse: A curriculum guide for police trainers*. Washington, D.C.: Police Executive Research Forum, 1981b.
- Lowe, J.A. What we learned: Some generalizations in dealing with a traumatic event at Cokeville. Paper presented at the 47th Annual Meeting of the National School Boards Association, San Francisco, April 4-7, 1987.
- Lowenthal, M.F., Thumher, M., & Ciriboga, D. *Four stages of life* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1975.
- Lowman, J. Grief intervention and sudden infant death syndrome. *American Journal of Community Psychology*, 1979, 7, 6, 665-67.
- Lutz, T., & Weeks, C.A. Job Crisis and the family: An expanded perspective for career counselors. *Journal of Career Development*, 1985, 12, 1, 70-74.
- Lystad, M. (Ed.), *Innovations in mental health services to disaster victims*. Monograph, 1985.
- Lystad, M.H., & Runck, B. New NIMH Center consolidates disaster research and services. *Hospital and Community Psychiatry*, 1983, 34, 9, 789-790.
- Maas, H.S., & Keyper, J.A. *From thirry to scilenty*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1974.
- MacGregor, R. Multiple impact psychotherapy with families. In J.G. Howells (Ed.), *Therapy and practice of family psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 1971.
- MacGregor, R., Ritchie, A.N., Serrano, A.C., & Schuster, F.P. *Multiple impact therapy with families*. New York: McGraw-Hill, 1964.
- Madames, C., & Haley, J. Dimensions of family therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1977, 65, 88-89.
- Mahoney, M.J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Co., 1974.
- Maidment, S. Civil vs. Criminal: The use of legal remedies in response to domestic violence in England and Wales. *Victimology*, 1983, 8, 1-2, 172-187.
- Mann, P. *Psychological consultation with a police department*. Springfield, Ill.: Bannerstone House, 1973.
- Manos, N., & Christakis, J. Coping with cancer: Psychological dimensions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 72, 1, 1-5.
- Marcos, E. Use of the acute hospital unit in the early phase of the long term treatment of borderline psychotic patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1981, 4, 1, 133-144.
- Maris, R.W. *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, 1981.
- Martin, N.K., & Dixon, P.N. Adolescent suicide: Myths, recognition, and evaluation. *School Counselor*, 1986, 33, 4, 265-271.
- Martindale, D. Psychological stress among air traffic controllers. *Psychology Today*, 1977, 10, 70-72.
- Maslow, A. *Motivation and personality*. New York: Harper and Bros., 1954.
- May, H.J., & Bremer, F.J. SIDS family adjustment scale: A method of assessing family adjustment to Sudden Infant Death Syndrome. *Journal of Death & Dying*, 1982-83, 13, 1, 59-74.
- Mayer, N. *The male victim: Fresh starts after forry*. New York: Doubleday, 1978.
- Mayou, R., Foster, A., & Williamson, B. Psychosocial adjustment in patients one year after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 1978, 22, 447-453.
- McCarroll, J.R., & Skudder, P.A. Conflicting concepts of friction: Shown in a national survey. *Hospitals*, 1960, 34, 35-38.
- McCarthy, B.W., & Berman, A.L. A student operated crisis center. *Personnel and Guidance Journal*, 1971, 49, 523-528.
- McCombie, S.L. *The rape crisis intervention handbook: A guide for victim care*. New York: Plenum Press, 1980.
- McCombie, S.L., Bassuk, E., Savitz, R., & Pell, S., Development of a medical center rape crisis intervention program. *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133, 418-421.
- McCord, J.B., & Packwood, W.T. Crisis centers and hotlines: A survey. *Personnel and Guidance Journal*, 1973, 51, 723-728.
- McCulloch, L.E. McNiel, D.E., Binder, R.L. & Hatcher, C. Effects of a weapon screening procedure in a psychiatric emergency room. *Hospital and Community Psychiatry*, 1986, 37, 837-838.
- McFarlane, A.H., Nonnan, G.R., Streiner, D.C., Roy, R., & Scott, D.J. A longitudinal study of the influence of the psychosocial environment on health status: A preliminary report. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980, 21, 124-133.
- McGee, R.K. *Crisis intervention in the community*. Baltimore: University Park Press, 1974.
- McGee, R.K. Perspectives on suicide. Speech delivered at National Conference on Preventing the Youthful Suicide. Southern Methodist University, Dallas, Texas, October, 1976.

- McGee, R.K., & Heffron, E.F. 'The role of crisis intervention services in disaster recovery. In "H.J. Parad, H.L.P. Resnik, & L.G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster intervention: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: Tue Charles Press Publishers, 1976.
- McLean, A.A. *Job stress and psychosocial pressures of change. Personnel*, 1967, 53, 404-409.
- McMurray, T. *Intervention in human crises. A guide for helping families in crisis*. Atlanta, Ga.: Humanics Press, 1975.
- McNeil, John D. *Curriculum administration: Principals & techniques of curriculum development*. New York: Macmillan, 1964.
- Medea, A., and Thompson, K. *Against rape: A survival manual for women: How to cope with rape physically and emotionally*. New York: Parrar, Straus and Giroux, 1974.
- Meichenbaum, D.H. *Cognitive-behavior modification: An interpretive approach*. New York: Plenum Press, 1977.
- Meichenbaum, D. A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In C. Spielberger & I. Sarason (eds.), *Stress & anxiety*, Vol. 2, New York: John Wiley & Sons, 1975.
- Meichenbaum, D.H., & Deffenbacher, J.L. Stress inoculation training. *Counseling Psychologist*, 1988, 16(1), 69-90.
- Melamed, B.G., & Bush, J.P. Parent-child influences during medical procedures. In S.M. Auerbach & A.L. Stolberg (Eds.), *Crisis intervention with children and families*. Washington D.C.: Hemisphere publishing, 1986, 123-143.
- Melamed, B.G., & Siegel, L.T. Reduction in anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 511-21.
- Melmick, F.A. A comparison of replication techniques in the modification of minimal dating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 81, 51-59.
- Mendel, W., & Rapport, S. Determinants of the decision for psychiatric hospitalization. *Archives of General Psychiatry*, 1969, 20, 321-28.
- Mendelson, J.H., & Mello, N.K. *The diagnosis & treatment of alcoholism*. New York: McGraw Hill Book Company, 1979.
- Messerli, M.L., Garamendi, C., & Romano, J. Breast cancer: Information as a technique of crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1980, 50, 4, 728-731.
- Meyer, C. *Surviving death: A practical guide to caring for the dying and bereaved*. Mystic, Conn.: Twenty-third Publications, 1988.
- Micbael, S., Lurie, E., Russell, N., & Unger, L. Rapid response mutual aid groups: A new response to social crises and natural disasters. *Social Work*, 1985, 30, 3, 245-252.
- Miles, A. Some psychosocial consequences of multiple sclerosis: Problems of social interaction and group identity. *British Journal of Medical Psychology*, 1979, 52, 321-331.
- Miller, A. *The Price*. New York: Penguin Books, 1985.
- Miller, K., & Iscoe, I. The concept of crisis: Current status and mental health implications. *Human Organization*, 1963, 22, 195-201.
- Miller, M. The physician and the older suicidal patient. *The Journal of Family Practice*, 1977, 5, 1028-1029.
- Miller, W. The telephone in out-patient psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1973, 27, 15-26.
- Million, T., Green, C.J., & Meager, R.B. The MBHI: A new inventory for the psychodiagnostic in medical settings. *Professional Psychology*, 1979, 10, 529-547.
- Minkoff, K., Bergman, E., & Beck, A.T. Hopelessness; depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, 455-459.

- Minuchin, S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Minuchin, S. Structural family therapy. In S. Arieti & G. Caplan (Eds.), *American handbook for psychiatry II: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry*, (2nd ed.). New York: Basic Books, 1974b.
- Minuchin, S., & Barcai, A. Therapeutically induced family crisis. In C.J. Sager & H.S. Kaplan (Eds.), *Progress in group and family therapy*, New York: Brunner/Mazel, 1972.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.
- Mitchell, J.T. Healing the helper. In National Institute of Mental Health, *Role stressors and supports for emergency workers*. DHHS Publication No. ADM 85-1408. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1985.
- Mitchell, J.T. When disaster strikes...The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 1983, 8.
- Monahan, J. *Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1981.
- Moore, C.W. *The mediation process*. San Francisco: Jossey-Bass, 1986.
- Moos, R.H. (Ed.). *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington, Mass.: D.C. Heath & Co., 1976.
- More Help for emotionally troubled employees. *Business Week*, March 12, 1979, 97-102.
- Morgan, J.P., & King, G.D. Calls to a telephone counseling service. *Journal of Community Psychology*, 1977, 5, 112-115.
- Morse, W.C. The helping teacher/crisis teacher concept. *Focus on Exceptional Children*, Vol. 8, Denver, Colorado: Love Publishing Company, 1976.
- Morse, W.C. Mental Health in the classroom: The crisis teacher. *Today's Education*, 1972, 61, 52-54.
- Motto, J.A. New approaches to crisis intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1979, 9, 173-184.
- Moulton, J.M., Sweet, D.M., Temesbek, L., & Mandel, J.S. Attributions of blame and responsibility in relation to distress and health behavior change in people with AIDS-related complex. *Journal of Applied Social Psychology*, 1987, 17, 5, 493-506.
- Mudry, S. Incest: A developmental dystopia. *Journal for Specialists in Group Work*, 1986, 11, 3, 174-179.
- Mullen, R.M., & Carroll, M.R. The battered women syndrome: Contributing factors and remedial interventions. *American Mental Health Counselors Association Journal*, 1983, 5, 1, 31-38.
- Mullis, M.R. Vietnams human fallout. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1992, 2, 27-31.
- Mulvey, E.P., & Reppucci, N.D. Police crisis intervention training: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 1981, 9, 5, 527-546.
- Mumford, E., & Skipper, J.K. *Sociology of Hospital Care*. New York: Harper and Row, 1967.
- Murphy, G.E., Wetzel, R.O., Swallow, C.S., and McClure, J.N. Who calls the suicide prevention center: A study of fifty-five persons calling on their own behalf. *American Journal of Psychiatry*, 1969, 126, 314-324.
- Murphy, S.A. Alter Mout St. Helens. *Disaster stress research, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1984, 22, 7, 15-18.
- Myers, S.L., Jr. Black unemployment and its link to crime. *Urban League Review*, 1986, 10, 1, 98-105.
- Nace, E.P. *The treatment of alcoholism*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1987.

- Neff, W.S. *Work and Human Behavior*. Chicago, Ill: 1977.
- Neill, S.B. Crisis counseling. *American Education*, 1917, 3, 17-22.
- Neimeyer, R.A., & Hartley, R.E. Factorial structure of the suicide intervention response inventory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1986, 16, 4, 434-447.
- Nelson, D. *Personal Communication*, 1980.
- Neugarten, B.L. (&L). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
- Neugarten, B.L. Adaptation and the life cycle. *The Counseling Psychologist*, 1976, 6, 162?
- Neugarten, B.L. Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 1979, 136, 887-893.
- Neugarten, B.L., & Assoc. *Personality in middle and late life*. New York: Alherton Press, 1964.
- Newman, R.G. *Psychological control in the Talmud*. New York: Basic Books, 1967.
- Nomellini, S., & Katz, R.C. Effects of anger control training on abusive parents. *Cognitive Therapy and Research*, 1983, 7(1), 57-67.
- Novaco, R.W. *Anger Control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath, Lexington Books, 1975, P. 923. Manuscript
- Novaco, R.W. Anger and coping with stress. In J. Foreyt and D. Rathjen (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Research and Application*. New York: Plenum Press, 1978.
- Novaco, R.W. The cognitive regulation of anger and stress. In P.C. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press 1979, Chapter 8.
- Novaco, R.W. Training of probation counselors for anger problems. *Journal of Counseling Psychology*, 1980, 27, 385-390.
- Novaco, R.W. Treatment of anger through cognitive and relaxation controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, 44, 681.
- Nowak, C. *Research in life events: Conceptual consideration*. Paper presented at the Thirty-first annual scientific meeting of the Gerontological Society, Dallas, November, 1978.
- Nurius, P.S. Emergency psychiatric services: A study of changing utilization patterns and issues. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1983, 13, 3, 239-254.
- Nurius, P.S. Strife: A pervasive dilemma in psychiatric emergency care. *Comprehensive Psychiatry*, 1984, 25, 3, 345-354.
- Ojemann, R.H. Incorporating psychological concepts in the school curriculum. In H.F. Clarizio (&L.), *Mental Health and the Educative Process*. Chicago: Rand-McNally, 1969.
- Oliver, R. "Empty nest" or relationship restructuring? A rational-emotive approach to a mid-life transition. Special issue: Cognitive-behavior therapy with women. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1988, 6 (1-2), 102-117.
- O'Brien, R., & Cohen, S. *The encyclopedia of drug abuse*. New York, New York: Facts on File, Inc. 1984.
- O'Hanlon, W.H. *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy & hypnosis*. New York: W.W. Norton, 1987.
- O'Malley, J., Foster, D., Kocker, G., & Slavin, L. Psychiatric sequelae of surviving childhood cancer. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1979, 49, 608-616.
- O'Malley, J., Foster, D., Kocher, Q., & Slavin, L. Visible physical impairment and psychological adjustment among pediatric cancer survivors. *American Journal of Psychiatry*, 1980; 137, 94-96.
- Oppenlander, N. Coping or coping out: Police service delivery in domestic disputes. *Criminology: An Interdisciplinary Journal*, 1982, 20, 4, 449-465.
- Oradei, D.M., & Waite, N.S. Group psychotherapy with sickle cell patients during the immediate recovery phase. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1974, 44, 386-395.
- Orbach, S. *Fat is a feminist issue* (2nd ed.). New York: Paddington Press, 1978.
- Orr, D.P., & Downes, M.C. Self-concept of adolescent sexual abuse victims. *Journal of Youth and Adolescence*, 1985, 14, 5, 401-410.
- Oruk, A.M. The child's cognitive processing of sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 1985, 2, 2, 110-114.
- Orzek, A.M. Sexual Assault: The female victim, her male partner, and their relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 1983a, 62, 3, 143-146.
- Oruk, A.M. Use of rape crisis center services by a university community. *Journal of College Student Personnel*, 1983b, 24, 5, 465-466.
- Otten, M.W., & Kahn, M. Effectiveness of crisis center volunteers and the POI. *Psychological Reports*, 1975, 37, 1107-1111.
- Palarea, E. Medical evaluation of the psychiatric patient. *Journal of American Geriatrics Society*, 1965, 13, 14.
- Palmore, E.B. (Ed.). *Normal aging*. Durham: Duke University Press, 1974.
- Parad, H.J., Resnik, H.L.P., & Parad, G. *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: The Charles Press Publishers, 1976.
- Parasuraman, S. Migration and its effect on the family. Special issue: The family. *Indian Journal of Social Work*, 1986, 47, 1, 1-14.
- Pardeck, J.T., & Nolden, W.L. An evaluation of a crisis intervention center for parents at risk. *Family Therapy*, 1985, 12, 1, 25-33.
- Parme, R.D. Socialization into child abuse: A social interactional perspective. In J.L. Tapp & F.J. Levine (Eds.), *Law, justice, and the individual in society: Psychological and legal issues*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1977.
- Parmes, C.M. *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Tavistock, 1972.
- Parmes, C.M. The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psychiatry*, 1970, 33, 444-467.
- Parmes, C.M., & Brown, J.R. Health after bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 1972, 34, 449-461.
- Parles, R. Parental reactions to the birth of a handicapped child. *Health and Social Work*, 1977, 2, 51-66.
- Pasewark, R.A., & Albers, D.A. Crisis intervention: Theory in search of a program. *Social Work*, 1972, 17, 70-77.
- Patterson, D.Y. Psychiatric practice in an HMO. *Psychiatry Opinion*, 1976, 13, 27-31.
- Patterson, G.R., & Gulliom, M.E. *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, Ill: Research Press, 1968.
- Patton, W. *Evaluation of the police response to domestic disturbance*. Unpublished manuscript, Oakland, California, Police Department, 1973.
- Payne, E.C., Kravitz, A.R., Notman, M.T., & Anderson, J.V. Outcome following therapeutic abortion. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 725-733.
- Pearce, J.B., & Snortum, J.R. Police effectiveness in handling disturbance calls: An evaluation of crisis intervention training. *Criminal Justice and Behavior*, 1983, 10, 171-192.
- Pearson, I. The Denver custody mediation project: A program description and literature review. *The Colorado Lawyer*, 1979, 8, 121-123.
- Pepper, B., Kirshner, M.C., & Ryglewicz, H. The young adult chronic patient: Overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry*, 1981, 32, 7, 463-469.
- Pergamenter, R. Crisis intervention with child-care personnel (Metaplot) in an Israeli border kibbutz. Series in *Clinical and Community Psychology Stress and Anxiety*. 1982, 8, 355-360.

- Peris, F. *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.
- Peris, F., Hefferline, R.P., & Goodman, P. *Gestalt Therapy*. New York: Dell Publishing Co., 1951.
- Peter, L.F., & Hui! R. *The Peter Principle*. New York: William Moxrow & Co., 1969.
- Peters, J.J. *The Philadelphia rape victim study*. The report presented at the First International Symposium of Victimology, Is.rael, September, 1973. Mimeograph copy from the center for rape roncerro, Philadelphia General Hospital, 1973.
- Peters, J.J. *Social psychialric study of vici:ims reporting rape*. A study presented at the APA 128th Annual Meeting, Anaheim, Calif., May 7, 1975. Mimeographed copy from the Philadelphia Center for Rape Concem, Philadelphia General Hospital.
- Phelps, S., & Austin, N. *The assertive woman*. San Luis Obispo, Calif.: Impact, 1975.
- Pbelps, L.C., Schwartz, J.A., & Liebman, D.A. Training an entire patrol division in domestic crisis intervention techniques. *The Police Chief*, 1971, 38 (July), 18.
- Pbillip, A.E., Cay, E., Vetter, N.J., & Stuck:ey, N. Shnrt-tenn fluctuations in anxiety in patients with myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979, 23, 277-280.
- Phillips, B. *School stress and anxiety*, New York: Human Sciences Press, 197&.
- Phillips, D.A. Crisis t:ounseling. *The Police Chief*, 1975, 42(3), 54-55.
- Pierson, M.H. Notes to parents-When your child has undergone amputation. Ornaba, Nebraska: Media Center, Meyer Children's Rehabilitation Institute, 1982.
- Piver, M.P. A parent's perspective: Prevention or crisis intervi:ntion? *Journal of Deve,opmental and Behavvral Pediatrics*, 1982, 3,4, 236-237.
- Pisarcik, G., Zigmund, D., Swmmerfield, R., Mian, P., Johansen, C., & Devereaux. Psychiatric nurses in the emergency room *American Journal of Nursing*, 1979, 79, 1264-1266.
- Pokomy, A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients: Repurt of a prospective study. *Archives Of General Psychiatry*, 1983, 40, 249-257.
- Polak, P. The crisis of admission. *Social Psychiatry*, 1968, 2, 4, 150-158.
- Polak, P., Kilby, M.W., & Dietchman, W.: Treating acutely psychotic patients in private homes. *New Directwns for Mental Health Services*, 1979, 1, 49-64.
- Poll, I.B., & DeNour, A.K. Locus of control and adjustment to chronic haemodialysis. *Psychological Medicine*, 1980, 10, 153-157.
- Pollard, R. Your role in suicide prevention. *Perspectives for teachers of the hearing impaired*, 1986, 5, 1, 19-22.
- Poston, C., & Lisou, K. *Reclaiming our lives: Hope for adu/J. survivors of incest*. Boston: Little Brown & Co., 1989.
- Powell, B.J. & Penick, E.C. Psychological distress following a natural disaster: A one-year follow-up of 98 flood victims. *Journal of Community Psychology*, 1983, 11, 3, 269-276.
- Powers, M.A. The benefits of anticipatory grief for the parents of dying children. *Intemational Journal of Family Counseling*, 1977, 5, 48-53.
- Prazak, J.A. Learning job-seeking interview skills. In J.D. Krumboltz & C.E. Thorsen (Eds.), *Behavioral Counseling: Cases and Techniques*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Preiser, M.L. A crucial tecbtÚ<:ue: The initial client interview in a personal injury case. *Trial*, December, 1979, 19-22.
- Preston, J., Schoenfeld, L.S., & Adams, R.L. Evaluating the effectiveness of a telephone crisis center from the consumer's viewpoint. *Hospital and Community Psychiatry*, 1975, 26, 719-720.
- Ihetzel, P.W. The role of the clergyman in suicide prevention. *Pastoral Psychology*, 1970a, 21, 47-52.
- Pretzel, P.W. The volunteer clinical worlrrer at the suicide prevention center. *Bulletin of Suicidology*, 1970b, 6, 27-34.
- Price, S., & McCreary, C. mental health ronsultation for a clinical law training program. *Journal of Conununity Psychology*, 1976, 4, 168-173.
- Pritchard, M.J. Measurement of illness behavior in patients on haemodialysis and awaiting cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979, 23, 117-130.
- Pw:year, D.A. *Helping people incrisis*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- Pynoo, R.S., & Eth, S. The child as witness to homicide. *Journal of Social Issues*, 1984, 40, 2, 87-108.
- Quarantelli, F.L., & Dynes, R.R. Responseto social crisis and disaster. *Annualo/Revised Sociology*, 1977, 3, 23-49.
- Quinsley, V.L., & Vamey, G.W. Social skills game: A general method for the módeling and practice of adaptive behavior. *Behavior Therapy*; 1977, 8, 279-281.
- Raphael, B. Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 1977, 34, 1450-1454.
- Raphael, B. Psychiatric onsultancy in major disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1984, 18, 4, 303-306.
- Rapoport, L. The state of crisis: Soaie theoretical considerations. In H.J. Parad (Ed.), *Crisis interwmtion: Selected readings*. New York: Family Service Association of America, 1965.
- Rapoport, R. Transition from engagement to maniage. *Acta Socwlogica*, 1964, 8, 36-55.
- Rapoport, R., & Rapoport, R. *Growing lthrough life*. New Yol'k: Hmper & Row, 1980.
- Rapoport, J. *Community psychology: Values, research and actwn*. New Yol'k: Holt, Rinehart, & Winston, 1977.
- Rawls, E.S. *A handbook of yoga*. New Yol'k: Pyramid Book:s, 1974.
- Ray, B.M. The teacher's role in crisis intervention. *Emotionoljirstaid-A journal of crisis irúervention*. 1985, 2, 1, 28-32.
- Reardon, R.'w. Help for the troubled work:er in a small company. *Personnel.*, 1976, 58, 50-54.
- Regan, J.H. Teaching crisis C@alively. *Nurse Educator*, 1982, 7, 3, 18-20.
- Reid, A.A. *Valiclation of the BASJC crisis inventory*. Doctor of Pbilosophy 'btesis, University Of South Carolinlf, August, 1984.
- Reid, A.A., Riddle, D., & Slaikou, K.A. *The BASJC crisis inventory*. Unpublished manuscript, University of South Carolina, 1982.
- Reid, T.A. Training suburban police in the management of social interaction disturbances. *Crisis Intervention*, 1975, 2-12.
- Reiff, R. •Of cabhages and kings. The 1974 Division 27 arinual for distioguished contributions to community mental health. *American Journal of Community Psychology*, 1975, 3, 185-196.
- Reiss, A., Jr. *The Police and the public*. New lfaven, Conn.: Yale Uoiversity Press, 1971.
- Resnik, H.L.P. A community anti-suicide organizalioo: friends of Dade County, Florida. In H.L.P. Resnik (Ed.), *Suicidal Behavvrs Diagnosis an4MQIDgement*, Boston: Little Bn>wn & Co., 1968;
- Reynolds, P., & Eaton, P. Multiple attempte.rs of suicide presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1986, 31, 4, 328-330.
- Rklcel, A.U., Forsberg, L.K., Gerrard, M., & Iscoe, I. Nev} directions for women: Moving beyond the 1980's. Special issue: Social and psychological problems of women: Pre".ention and crisis intervention. *Issuu in Melifal Health Nur:ring*, 1983, 5, 1-4, 301-312.
- Riegel, K. Adult lifecrisis: Adialectic interpretation of development In N. Datan & L.H. Ginsberg (Eds.), *Iije-span áevelopmental psychology: Nomullive lije crises*. New Yol'k: Academic Press, 1975.

- Rimm, D.C. Thought stopping and covert assertion in the treatment of phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41, 466-467.
- Rimm, D.C. & Masrers, F.C. *Behavior therapy* (2nd ed.). New York: Academic Press, 1979, Chap. 4.
- Ritchie, A. Multiple impact therapy: An experiment. In J. Haley (Ed.), *Changing Families: A family therapy reader*. New York: Grune & Stratton, 1971.
- Robbins, E., Kalz, S.B., & Stern, M. Identification and treatment of substance abuse problems in the emergency room. In A.L. Alreman, (Ed.) *Substance Abuse and Psychopathology*, New York: Plenum Press, 239-288, 1985.
- Robert, S. A.H. Literature update: Biofeedback and chronic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1987, 2(3) 169-171.
- Roberts, J. Fostering the sexually abused child. *Adoption and Fostering*, 1986, 10, 1, S-11.
- Robins, E., Gentry, K.A., Munoz, R.A., & Marren, S.A. Contrast of the three more common illnesses with the ten less common in a study and 18 months follow up of 314 psychiatric emergency room patients: I, 11 and III. *Archives of General Psychiatry*, 1977, 34, 259-291.
- Robin, S., E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.L., Gassner, S., & Kayes, J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health*, 1959, 49, 888-898.
- Robinson, G.E., Oldham, J., & Snideman, M. The establishment of a rape crisis centre. *Canada's Mental Health Supplement*, 1975, 23, HH2.
- Roehl, J.E., & Gray, D. The crisis of rape: A guide to counseling victims of rape. *Crisis Intervention*, 1984, 13, 2, 67-77.
- Rogawski, A., & Edmundson, B. Factors affecting the outcome of psychiatric inpatient referrals. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 127, 925-934.
- Rogers, C. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
- Rogoff, S., C.R. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- Rogers, P.M., & Krenzler, J.S. Family crises following head injury: A network intervention strategy. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 1984, 16, 6, 343-346.
- Rollin, B. *First you cry*. Philadelphia: Lippincott, 1976.
- Roose, S.P., Glassman, A.H., Walsb, T., Woodring, S., & Vital-Herne, 1. Depression, delusions, and suicide. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140, 9, 1159-1162.
- Roosevelt, R., & Lofas, F. *Uving in step*. New York: Stein and Day, 1976.
- Rouse, R.M., Jenkins, D., & Hurst, M.W. Health change in air traffic controllers: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 1978, 40, 142-165.
- Rosen, H. The impact of the psychiatric intensive care unit on patients and staff. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, 549-551.
- Rosenbaum, A., & Calhoun, J.F. The use of the telephone hotline in crisis intervention: a review. *Journal of Community Psychology*, 1971, 5, 325-339.
- Rosenblum, B.S. The Relaxation response as a prescription in crisis intervention. *Emotional First Aid: A Journal of Crisis Intervention*, 1984, 1, 23-26.
- Rosenfeld, J.P. Social strain of probate. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1980, 6, 327-334.
- Rosenthal, D.B. *Lawyer and Client: Who's in Charge?* New York: Russell Sage Foundation, 1974.
- Rosides, B., & Lazarus, R. Coping theory and the teaching of coping skills. In P. Davidson, and Davidson, S. (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health Styles*, New York: Brunner/Mazel, 1980.
- Rossi, A.M., Jacobs, M., & Molliteloone, M. Violence or fear-inducing behaviors associated with hospital admissions. *Hospital and Community Psychiatry*, 1985, 36, 643-647.
- Rowland, K.F. Environmental events - predicting death for the elderly. *Psychological Bulletin*, 1977, 84, 349-372.
- Roy, A. Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 1986, 9, 193-206.
- Roy, A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39, 1089-1095.
- Ruch, L.O., & Candler, S.M. The crisis impact of sexual assault on three victim groups: Adult rape victims, child rape victims, and incest victims. *Journal of Social Service Research*, 1982, 5, 1-2, 83-100.
- Rueveni, U. *Networking families in crisis: Intervention strategies with families and social networks*. New York: Human Sciences Press, 1979.
- Ryan, W. *Distress in the cities*. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.
- Ryerson, E. *When your parent drinks too much: A book for teenagers*. New York: Facts on File Publications, 1985.
- Sabalis, R.F., & Ayers, G.W. Emotional aspects of divorce and their effects on the legal process. *Family Coordinator*, 1977, 26, 391-394.
- Safer, D.J.P. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, 38 (SO), S11-514.
- Saffer, J.B. Group therapy with friends of an adolescent suicide. *Adolescence*, 1986, 21, 83, 743-745.
- Sager, L.B. The corporation and the alcoholic. *Across the Boar'd*, 1979, 26, 79-82.
- Sainsbury, P. Suicide and depression. In Coppen, A., & Walk, A. (Eds.), *Recent developments in affective disorders: A symposium, in British Journal of Psychiatry*, Special Publication No. 2, 1-13, 1968.
- Salmer, A. *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age, 1949.
- Sanchez-Salazar, V., & Stark, A. The use of crisis intervention in the rehabilitation of laryngectomies. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1972, 37, 323-328.
- Sandoval, J. Crisis counseling: Conceptualizations and general principles. *School Psychology Review*, 1985, 14, 3, 257-265.
- Sank, L. Community disasters: Primary prevention and treatment in a health maintenance organization. *American Psychologist*, 1979, 34, 334-338.
- Sarason, S.B. Anxiety, intervention and the culture of the school. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press, 1972.
- Satín, D.G. Help: Life stresses and psychosocial problems in the hospital emergency unit. *Social Psychiatry*, 1972, 119-126.
- Salir, V.M. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1964.
- Salir, V.M. *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique*. (Rev. ed.) Palo Alto, Calif.: Science & Behavior Books, 1967.
- Salir, V. *People making*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1972.
- Scarfe, M. *Unfinished business: Pressure points in the lives of women*. New York: Doubleday, 1980.
- Schaar, K. *Crisis APA Monitor*, September/October 1980, 14-17.
- Schild, S. Social work with genetic problems. *Health and Social Work*, 1977, 2, 58-77.
- Schinke, S.P., Smith, T.E., Myers, R.K., & Altman, D.C. Crisis intervention training with paraprofessionals. *Journal of Community Psychology*, 1979, 7, 343-347.
- Schnaper, N., & Cowley, R.A. Overviews: Psychiatric sequelae to multiple trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133, 883-890.
- Schoenfeld, L.S., Preston, J., & Adams, R.L. Selection of volunteers for telephone crisis intervention center. *Psychological Reports*, 1976, 39, 725-726.

- Schoenfeld, M.K., & Schoenfeld, B.P. *Interviewing and counseling*. Philadelphia: The American Law Institute, 1981.
- Scliofield, W. *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1964.
- Schuker, E. A treatment program for rape victims. *Alaska Medicine*, 1978, 20, 48-45.
- Schuker, U.e., & Sheldon, A. The probability of crisis and strategies for preventive intervention. *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, 553-558.
- Schulberg, H.e., & Sheldon, A. The probability of crisis and strategies for preventive intervention. *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, 553-558.
- Schuller, D.S., Strommen, M.P., & Brekke, J.L. *Ministry in America*. New York: Harper & Row, 1980.
- Schultz, I.H., & Luthe, W. *Autogenic training*. New York: Grane & Stratton, 1959.
- Schwartz, R.H., & Smith, O.E. Hallucinogenic mushrooms. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27 (2), 70-73.
- Schwartz, S.R., & Gojpfinger, S.M. The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup. *Hospital and Community Psychiatry*, 1981, 32, 470-474.
- Schwartzberg, A.Z. Adolescent reactions to divorce. *Adolescent Psychiatry*, 1980, 8, 379-392.
- Segal, J. Conquering crisis. Lessons from captivity. *Reader's Digest*, April, 1982, 139-142.
- Seiler, I.A. *Systems analysis in organizational behavior*. Homewood, Ill: Richard D. Irwin, Dorsey Press, 1967.
- Segal, S.P., Watson, M.A., Goldfinger, S.M., & Averbuck, O.S. Civil commitment in the psychiatric emergency room I. The assessment of dangerousness by emergency room clinicians. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45, 748-752.
- Segal, S.P., Watson, M.A., Goldfinger, S.M., & Averbuck, D.S. Civil commitment in the psychiatric emergency room I. Mental disorder indicators and three dangerousness criteria. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45, 753-758.
- Sellschopp, A., Ludeke, H., & Haertel, G. Structure and functions of the Heidelberg University organization for after-care of cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1981, 36, 1, 17-23.
- Selvini Palauoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. *Paradox and counter-paradox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. New York: Jason Aronson, 1978.
- Selye, H. *The stress of life*. New York: McGraw Hill Book Co., 1976.
- Selye, H. *Stress without distress*. New York: Signet, 1974.
- Selye, H. Stress and physical activity. *McGill Journal of Education*, 1976, 11, 3-14.
- Sesan, R., Freeark, K., & Mui:phy, S. The support network: Crisis intervention for extrafamilial child sexual abuse. *Professional Psychology Research and Practice*, 1986, 17, 2, 138-146.
- Shaffer, T.L. *Legal intervention and counseling in a nutshell*. St Paul: West Publishing Co., 1976.
- Shapiro, R.I. Clinical approaches to family violence: V. Alcohol and family violence. *Family Therapy Collections*, 1982, 3, 69-89.
- Sbarlin, S.A., & Sbenhar, A. The fusion of pressing situation and releasing writing: On adolescent suicide poetry. *Suicidal and Life-Threatening Behavior*, 1986, 16, 3, 343-355.
- Sbarma, A., & Cbéatham, H.E. A women's center support group for sexual assault victims. *Journal of Counseling and Development*, 1986, 64, 8, 525-527.
- Sbeeby, G. *Passages*. New York: E.P. Dutton & Co 1976.
- Sheban, C.L. Spouse support and Vietnam veterans' adjustment to post-traumatic stress disorder. *Family Relations*, 1987, 36, 1, 55-60.
- Shelton, J.L., & Acberman, J.M. *Homework in insight and psychotherapy*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1974.
- Sbem, S. *The house of God*. New York: Dell, 1978.
- Sberesbfsky, P.M., & Yarrow, L.J. (Eds.). *Psychological aspects of a first pregnancy and early post-natal adaptation*. New York: Raven Press, 1973.
- Sberman, B., Gladesville hospital crisis services-a new concept in service delivery. *Australian Social Work Journal*, 1977, 30, 41.
- Sbeskin, A., & Wallace, S.E. Differing bereavements: Suicide, natural and accidental death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 1976, 7, 229-242.
- Sbiels, L. Crisis intervention: Implications for the nurse. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 1975, 13, 37-42.
- Sbneidman, E. *Definition of Suicide*. New York: John Wiley & Sons, 1985.
- Sbneidman, E.S. A psychological approach to suicide. In G.R. VandenBos and B.K. Bly:mt (Eds.) *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1987, 151-183.
- Shneidman, E.S., & Falberow, N.L. (Eds.). *Clues to suicide*. New York: McGraw-Hill Book Co., Inc., 1957.
- Shubcter, S.R., & Zisook, S. Psychological reactions to the PSA crash. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1984, 14, 4, 293-301.
- Shulman, B.H. What is the life style. B.H. Shulman, *Contributions to Individual Psychology*. Chicago: Alfred Adler Institute, 1977.
- Silber, E., Hamburg, D.A., Coelho, G.V., Mui:phy, E.G., Rosenberg, M., & Perlin, L.I. Adaptive behavior in competent adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 5, 354-365.
- Silberfeld, M., Slreiner, B., & eiampi, A. Suicide attempters, ideators and risk-taking propensity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1985, 30, 4, 274-277.
- Silver, S.M., & Iacono, E.U. Factor-analytic support for DSM-III's post-traumatic stress disorder for Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 1984, 41, 1, 5-14.
- Simou, H.A. A behavioral model of rational choice. *Quarterly Journal of Economics*, 1955, 69, 99-118.
- Simons, I.B. & Reidy, J. *The human art of counseling*. New York: Holt Rinehart & Herder, 1971.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. *Getting well again*. Los Angeles: I.P. Taicber, Inc., 1978.
- Singer, I.L. *Magery and dream methods in psychotherapy and behavior modification*. New York: Academic Press, 1974.
- Singh, T.I. An introduction to disaster: Some considerations of a psychosocial nature. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 1982, 53, 3, 245-250.
- Slaikue, K.A. The clinical community approach to community psychology. In B. Wolman (Ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis & Neurology*, New York: Van Nostrand Reinhold, 1977a.
- Slaikue, K.A. Crisis intervention by telephone. In L. Coben, W. C. Leibom & G. Specter (eds.), *Crisis Intervention: Second Edition*. New York: Human Sciences Press, 1983.
- Slaikue, K.A. *Defusing the distressed client*. Austin, Tx.: The State Bar of Texas, 1978.
- Slaikue, K.A. Rehabilitation at post-release: Implications from crisis theory. In B. Bradshaw & D.J. Eck (Eds.), *Rehabilitation: What is of correction?* Arlington, Tx.: The Institute of Urban Studies, University of Texas at Arlington, 1977, b, 5, 59-82.
- Slaikue, K.A. Telephone consultation with rural clergy: An extension of the crisis model.

- Paper presented at Annual Meeting of the American Psychological Association, Anaheim, California, August 28, 1983.
- Slaikou, K.A., Temporal variables in telephone crisis intervention: Their relationship to selected process and outcome variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 193-195.
- Slaikou, K.A., & Duffy, M. Mental health consultation with campus ministers: A pilot program. *Professional Psychology*, 1979, 338-346.
- Slaikou, K.A., & Lawhead, S. *Up from the Ashes: How to Survive and Grow Through Personal Crisis*. Grand Rapids, Mich.: Zondervan Publishing, 1987.
- Slaikou, K.A., Lester, D., & Tulkin, S. Show versus no show: A comparison of telephone referral calls to a suicide prevention and crisis service. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40, 481-486.
- Slaikou, K.A., Pearson, J., & Thoennes, N. Divorce mediation behaviors: A descriptive system and analysis. In J. Folberg & A. Milne (Eds.), *Divorce: A multidimensional theory and practice*. New York: The Guilford Press, 1988, 475-495.
- Slaikou, K.A., Tulkin, S.R., & Speer, D.C. Process and outcome in the evaluation of telephone counseling referrals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 700-711.
- Slaikou, K.A., & Willis, M.A. Caller feedback on counselor performance in telephone crisis intervention: A follow-up study. *Crisis/Intervention*, 1978, 4, 42-49.
- Slutski, C.E. Marital therapy from a systems theory perspective. In T.J. Paoline and B.S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- Smiley, O.R., & Smiley, C.W. The community health nurse and crisis intervention. *International Nursing Review*, 1974, 21, 151-152.
- Smith, D. & Budhalter, J.H. The use of bibliotherapy in clinical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 1987, 9(3), 184-190.
- Smith, L.L. Crisis intervention, theory and practice. *Community Mental Health Review*, 1977, 2, 1, 5-13.
- Soloff, P., & Bartel, A. Effects of denial on mood and performance in cardiovascular rehabilitation. *Journal of Chronic Disease*, 1979, 32, 307-313.
- Solomon, E.O., & Bumpus, A.K. The running meditation response: An adjunct to psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 583-592.
- Solomon, M.I., & Hellon, C.P. Suicide and age in Alberta, Canada, 1951, to 1977: A cohort analysis. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 511-513.
- Soreff, S.M. Psychiatric consultation in the emergency department. *Psychiatric Annals*, 1978, 8, 61-66.
- Soreff, S.M., & Elkios, A.M. A community mental health center's consultation service in a general hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 1977, 28, 749-752.
- Sosowsky, L. Explaining the increased arrest rate among mental patients: a cautionary note. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 1602-1605.
- Sourkes, B.M. Facilitating family coping with childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 1977, 2, 65-67.
- Sours, F. P. *The Book of Chemical Crisis*. New Concord, Ohio: Intervention Enterprises, 1979.
- Specter, O.A., & Claiborn, W. (Eds.). *Crisis intervention*. New York: Human Sciences Press, 1973.
- Speer, D.C. Project summary: Evaluative study of callers to a crisis hotline. *Final Report NIMH Grant*, MH-24902, 1976.
- Speer, D.C. The role of the crisis intervention model in the rehabilitation of criminal offenders. *J.S.A.S. Catalog of Selected Documents in Psychology*, 1974, 4, 133.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., & Yalom, I. Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, 5, 527-533.
- Spielberger, C.D. *STAIC: Preliminary Manual*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1973.
- Spink, D. Crisis intervention for parents of the deaf child. *Health and Social Work*, 1976, 1, 140-160.
- Spitz, L. Evolution of a psychiatry emergency crisis intervention service in medical emergency room sitting room. *Comprehensive Psychiatry*, 1986, 17, 99-113.
- Sprott, J.F. Psychological aspects of estate planning. *Journal of Forensic Psychology*, 1973, 5, 25-39.
- Stabmann, R.F. Treatment forms for marital counseling. In R.F. Stabmann & W.J. Hiebert. *Counseling in Marital and Sexual Problems*, Baltimore, Md.: Williams & Wilkins, Co., 1977.
- Stampfel, T.G. Impulsive therapy. Part 1: The theory. In S.C. Armitage (Ed.), *Behavior Modification Techniques in the Treatment of Emotional Disorders*, Battle Creek, Mich.: U.S. Veteran Administration, 1966.
- Stanko, B. Crisis intervention after the birth of a defective child. *Canadian Nurse*, 1973, 69, 27-28.
- Stark, E. Forgotten victims: Children of alcoholics. *Psychology Today*, 1987, 21(1), 58-62.
- Stein, D.M., & Lambert, M.J. Telephone counseling and crisis intervention: A Review. *American Journal of Community Psychology*, 1984, 12, 1, 101-126.
- Steinmetz, S.H., & Straus, M.A. (Eds.). *Violence in the family*. New York: Harper & Row, 1974.
- Stem, M.J., & Pascale, L. Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: The spouse's dilemma. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979, 23, 83-87.
- Stevenson, J.S. *Issues and crises during middle adolescence*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1977.
- Stewart, B.D., Hugbes, C., Frank, E., Anderson, B., Kendall, K., & West, D. The aftermath of rape: Profiles of immediate and delayed treatment seekers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1987, 175, 2, 90-94.
- Stolberg, A.L., Kiluk, D.J., & Garrison, H.M. A temporal model of divorce adjustment with implications for primary prevention. In S.M. Auerback & A.L. Stolberg (Eds.), *Crisis intervention with children and families*, Washington D.C.: Hemisphere Publishing, 1986, 105-119.
- Stone, H.W. *Crisis counseling*. Philadelphia: Fortress Press, 1976.
- Stratton, J.G. Effects of crisis intervention counseling on first or second time 601 or misdemeanor juvenile offenders. Doctoral dissertation, University of Southern California, 1974. *Dissertation Abstracts International*, 1974, 35, 525-B.
- Straus, M.A. A general systems theory approach to a theory of violence between family members. *Social Science Information*, 1973, 12, 105-125.
- Straus, M.A. Sexual inequality, cultural norms, and wife beating. In E.C. Viano (Ed.), *Victims and society*. Washington, D.C.: Visage Press, 1976.
- Strickler, M., & Bonnell, M. Crisis intervention and social casework: Similarities and differences in problem solving. In S. Nass, *Crisis intervention*. Dubuque, Ia.: Kendall/Hunt, 1977.
- Striegel-Moore, R., & Slaikou, K. *Women in crisis: A reformulation of the rape trauma syndrome*. Unpublished manuscript, University of South Carolina, 1982.
- Sugarman, S., & Masbeter, C. Family crisis intervention outcomes: Theory and practice. *Emotional Family Journal of Crisis Intervention*, 1985, 2, 1, 19-24.

- Summers, W.K., Rund, O.A., & Levin, M. Psychiatric illness in a general urban emergency room Daytime versus nighttime population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1979, 48, 340-343.
- Summit, R.C. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7, 2, 177-193.
- Sund, A. Crisis intervention in situations with somatic trauma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1976, 265 (Supplement), 27-28.
- Susman, E.J., Hollenbeck, A.R., Nannis, E., & Strobe, B.E. A developmental perspective on psychosocial aspects of childhood cancer. In J.L. Schuiman & M.J. Hupst, (Eds.), *The Child With Cancer*. Springfield, Ill: Thomas, 1980.
- Susset, V., Vobec!cy, J. & Blaék, R. Disability outcome and self-assessment of disabled person: An analysis of 506 cases. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1979, 60, 50-56.
- Susskind, D.F. The idealized self-image (ISI): A new technique in confidence training. *Behavior Therapy*, 1970, 538-541.
- Sutherland, S., & Scherl, D.J. Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1970, 40, 503-511.
- Sutherland, S., & Scherl, D.J. Patterns of response among victims of rape. In R.H. Moos (Ed.), *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington, Mass.: D.C. Heath & Co., 1976
- Swift, C.F. Community intervention in sexual child abuse. In S.M. Auerbach & A.L. Stolberg (Eds.), *Crisis intervention with children and families*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing, 1986. 149-171.
- Swink, D.F., Siegel, J., & Spodak, B.N. Saint Elizabeth's Hospital action training lab for pollee. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 1984, 37, 3, 94-103.
- Switzer, D.K. *The mini-riter ar crisis coUllSelor*. Nashville: Abingdon Press, 1987.
- Symonds, M. Victims of violence: Psychological effects and aftereffects. *American Journal of Psychoanalysis*, 1915, 35, 19-26.
- Tait, R., & Silver, R.C. Coming to terms with major negative events: Long-term psychological impact and recovery. Unpublished manuscript, University of Waterloo, Waterloo, Canada, 1987.
- Taplin, J.R. Crisis theory: Critique and reformulation. *Community Mental Health Journal*, 1971, 13-23.
- Tapp, J.T., & Spanier, D. Personal characteristics of volunteer phone counselors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41, 245:...2so.
- Tavernier, G. Corpo 111 te aid for the alcoholic. *Internatiññal-MatJpgement* 1979, 34, 16-20.
- Tay, A. *Making things better by making th.iun worse*. New York: Hawthorne 1978.
- Taylor, E.H. The biological basis of schizoplñrenia. *Social Work*, 1987, 32, 2, 115-121.
- Tenor, D. *Superself. A woman's guide to self-management*. New York: Jovel HBJ, 1978.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H.G. *Temperament and Behavior Disorders in Children*. New York: New York University Press, 1969.
- Thompson, J.W. Crisis intervention with prisoners and their children. *Emotional Fint Aid ...A Journal of Crisis Intervention*, 1984, 1, 2, 5-16.
- Thorn, G.W., Quinby, J.T. & Clinton, M. A comparison- of the metabolic effects of isocaloric meals of varying compositions with special reference to the prevention of postprandial hypoglycemic symptoms. *Annals of Internal Medicine*, XVIII, 1943, 913.
- Thomhill, H.L., et al. Medical and sociocullñral aspects of disability, Section fil. In *Equal to tire chaJienge: Perspectives, problems, and strategies in tire rehohilitation of the nonwhite disabled*, edited by Sylvia Walker et al. Proceedings of the National

- conference of the Howard University Model to Improve Rehabilitation Services to Minority Populations with Handicapping Conditions, 1984.
- Tietz, W., McSherry, L., & Britt, B. Family sequelae after a child's death due to cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 1911, 31, 417-425.
- Tillinghast, B.S., DuMars, R.C., & Lane, J.M. Reducing student stress utilizing thought stopping: A model. *Journal of Instructional Psychology*, 1987, 14(4), 159-163.
- Tishler, C.L., McHenry, P.C., & Morgan, K.C. Adolescent suicide attempts: Some significant factors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1981, JJ, 2, 86-92.
- Titchener, J.L., & Levine, M. *Surgery as a human experience: The psychodynamics of surgical practice*. New York: Oxford University Press, 1960.
- Titchener, J.L., Happ, F.T., & Winget, C. The Buffalo Creek syndrome: Symptoms and character change after a major disaster. In H.J. Parad, B.L.P. Resnik, & L.G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Md.: The Charles Press Publishers, Inc., 1976.
- Toffler, A. *Future shock*. New York: Bantam Books, 1971.
- Touey, E.F. *Surviving schizopñrenia: A family manual*, rev. ed. New York: Harper & Row, 1988.
- Tosí, D., & Moleski, R.L. Rational-emotive crisis intervention therapy. *Rational Living*, 1975, 10, 32-37.
- Trafford, A. Why shouldn't politicians use psychotherapy? *Washington Post*, August 11, 1988.
- Traicoff, M.E. Clínica! approaches to family violence: VII. Family interventions from women's shelters. *Family Therapy CoUections*, 1982, 3, 105-115.
- Trexler, L.D. A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. In J. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty Years of Rmiorial Therapy*, New York: Institute for Rational Living, 1977.
- Tsuang, M.T. Suicide in schiwphrenics, manics, depressives, and surgical controls: A comparison with population suicide mortality. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 153-156.
- Tsuang, M.T., & Winokur, G. The Iowa 500: Field work in a 35-year follow up of depression, mania, and schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1975, 20, 359-365.
- Tsuang, M.T., & Woolson, R.P. Mortality in patients with schizophrenia, manía, depression, and surgical conditions: A comparison with general population mortality. *British Journal of Psychiatry*, 1911, 130, 162-166.
- Tunay, E. Work Deprivation on depression. *Psychiatric Journal of tire University of Ottawa*, 1983, 8, 3, 139-144.
- Turgay, A. Psychiatric emergencies in children. *Psychiatric Journal of tire University of Ottawa*, 1982, 7, 4, 254-260.
- Tulk, D.C., & Genest, M. Regulation of pain: The application of cognitive behavioral techniques for prevention and remediation. In P.C. Kendall and S.D. Hollon (eds.), *Cognitive Behavioral Interventions*, New York: Academic Press, 1979.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Berman, W.H. Application of biofeedback in the regulation of pain: A critical review. *Psychological Bulletin*, 1979, 86, 1322-1338.
- Turk, D.C. & Rudy, T.E. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. Special issue. Chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 1987, 25(4), 237-249.
- Turner, J.T. (ed.). *Violence in tire medical care setting: Survival guide for tire providers*. Rockville, Md.: Aspen Publications, 1984.
- Twemlow, S.W., & Bowen, W.T. Psychedelic drug induced psychological crisis: Altitudes of the "crisis therapist." *Journal of Psychedelic Drugs*, 1979, 4, 331-335.
- Tyhurst, J.S. The role of transition states including disasters in mental illness. In *Symposium of Proventive and Social. Psychiatry*. Sponsored by the Walter Reed

- Army Institute of Research, Walter Reed Army Medical Center, & the National Research Council. Washington, D.C.: Walter Reed Army Institute of Research, 1958.
- Tyrer, P., Lee, I., & Alexander, J. Awareness of cardiac function in anxious, phobic, and hypochondriacal patients. *Psychological Medicine*, 1980, *10*, 171-174.
- Tyrrell, S. Cot Deaths. *Early Child Development and Care*, 1985, *20*, 2-3, 115-131.
- Unger, D.G., & Powell, D.R. Supporting families under stress: The role of social networks. *Family Relations*, 1980, *29*, 566-574.
- Ungerleider, J. The psychiatric emergency: Analysis of 6 month's experience of a university hospital's consultation service. *Archives of General Psychiatry*, 1960, *3*, 593-601.
- U.S. Congress: Community Mental Health Centers Acts of 1963. Public Law 88-164, Title 11. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1963.
- U.S. Department of Health and Human Services, *Vital Statistics of the United States*. Hyattsville, Maryland: Public Health Service, 1985, 251.
- Uzoka, A.F. The myth of the nuclear family: Historical background and clinical implications. *American Psychologist*, 1979, *34*, 1095-1106.
- Vachon, M.L. Grief and bereavement following the death of a spouse. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1976, *21*, 35-44.
- Vachon, M.L.S. *The importance of social support in the longitudinal adaptation to bereavement in breast cancer*. Presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New York, New York, September, 1979.
- Valdiserri, E.V., & Byrne, J.P. Hypnosis as emergency treatment for a teen-age rape victim. *Hospital and Community Psychiatry*, 1982, *33*, (9), 767-769.
- Vaillant, G.E. *Adaptation to life*. Boston: Little Brown & Co., 1977.
- Valente, S. The suicidal teenager. *Nursing*, 1985, *15*, 12, 47-49.
- Valle, J., & Axelberd, M. Brief report police intervention into family crisis: A training model. *Crisis Intervention*, 1977, *8*, 3, 117-123.
- Vanderplate, C. An adaptive coping model of intervention with the severely burn-injured. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1984, *14*, 4, 331-341.
- Van Dongen Melman, J.E., Pruyn, J.F., Van Zanen, G.E., & Sanders Woudstra, J.A. Coping with childhood cancer: A conceptual view. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1986, *4*, 1-2, 147-161.
- Veronen, L.J., and Kilpatrick, D.G. *The response to rape: The impact of rape on self-esteem*. Paper presented at the 26th Annual Convention of the Southwestern Psychological Association, Oklahoma City, April 11, 1980.
- Veronen, L.J. Kilpatrick, D.G., & Resick, P.A. *Stress inoculation training for victims of rape*. Paper presented at the workshop "The rape victim: Current issues in research and treatment." 12th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, Ill. November 18, 1978.
- Viney, L.L. The concept of crisis: A tool for clinical psychologists. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1976, *29*, 387-395.
- Viney, L.L. *Coping with crisis and the transition from school to university: Paper read at the 25th World Mental Health Conference, Sidney, Australia, 1973*.
- Viney, L.L., & Bazeley, P. Affective responses of housewives to community relocation. *Journal of Community Psychology*, 1977, *5*, 37-45.
- Viney, L.L., Benjamín, Y.N., Clarke, A.M., & Bunn, T.A. Sex differences in the psychological reactions of medical and surgical patients to crisis intervention counseling: Sauce for the goose may not be sauce for the gander. *Social Science and Medicine*, 1985b, *20*, 11, 1199-1205.
- Viney L.L. & Clarke, A.M. Children Coping with crisis: An analogue study. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1974, *13*, 305-313.
- Viney L.L., & Clarke, A.M. Children coping with crisis in Papua, New Guinea and Australia: A cross-cultural application of an analogue. *Social Behavior and Personality*, 1976, *4*, 1-10.
- Viney, L.L., Clarke, A.M., Bunn, T.A., & Benjamín, Y. Crisis intervention counseling: An evaluation of long- and short-term effects. *Journal of Counseling Psychology*, 1985, *32*, 1, 29-39.
- Viney, L.L., & Westbrook, M.T. Cognitive anxiety: A method of content analysis for verbal samples. *Journal of Personality Assessment*, 1976, *40*, 140-145.
- Vollman, R.R., Ganzert, A., Picher, L., & Williams, W.V. The reaction of family systems to sudden and unexpected death. *Omega*, 1971, *2*, 101-110.
- Vonnegut, M. *The eden express*. New York: Praeger Publishers, 1975.
- Walfish, S. The effects of training and supervision on the performance of paraprofessional telephone counselors: An analogue study. Unpublished doctoral dissertation: University of South Florida, 1981.
- Walfish, S., Tapp, J.T., Tulkin, S.R., Slaikeu, K.A., & Russell, M. The development of a contractual negotiation scale for crisis counseling. *Crisis Intervention*, 1976, *7*, 136-148.
- Walker, B.A., & Mehr, M. Adolescent suicide - A family crisis: A model for effective intervention by family therapists. *Adolescence*, 1983, *18*, 70, 285-292.
- Walker, K.N., MacBride, A., & Vachon, M.L.S. Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 1911, *11*, 35-41.
- Walker, L.E. Treatment alternatives for battered women. In J.R. Chapman & M. Gates (Eds.), *The victimization of women*. Beverly Hills: Sage Publications, 1978.
- Wall, F.E., & Viers, L.A. The process and the technique of managing schoolwide tragedy. *NASSP Bulletin*, 1985, *69*, 478, 101-104.
- Wallace, M., & Schreiber, F.B. Crisis intervention training for police officers: A practical program for local police departments. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 1977, *15*(2), 25-29.
- Wallerstein, J.S., & Kelly, J.B. *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books, Inc., 1980.
- Walsh, J.A., & Witte, P.G. Police training in domestic crises: A suburban approach. *Community Mental Health Journal*, 1975, 301-306.
- Walsh, M. *Schizophrenia: Straight talk for families and friends*. New York: William Morrow, 1985.
- Walzer, H. Suicide risk in young schizophrenics. *General Hospital Psychiatry*, 1984, *6*, 219-225.
- Wandersman, L.P., Wandersman, A., & Kahn, S. Social support in the transition to parenthood. *Journal of Community Psychology*, 1980, *8*, 4, 332-342.
- Warheit, G.J. A note on natural disasters and civil disturbances: Similarities and differences. *Mass Emergencies*, 1976, *1*, 131-137.
- Warner, C.G. *Conflict intervention in social and domestic violence*. Bowie, Md.: Robert J. Brady, Co., 1981.
- Washton, A.M., & Gold, M.S. (1987). *Cocaine: A clinician's handbook*. New York: The Guilford Press, 1987.
- Watson, A.S. *The lawyer in the interviewing and counseling process*. Indianapolis: The Bobbs-Merrill Company, Inc. 1976.
- Watson, D.L., & Tharp, R.G. Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1972.
- Watson, G.D. Utilization of emergency departments for psychiatric treatment. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1978, *23*, 143-148.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton, 1967.

- Watzlawick, P., Wackland, F., Fisch, R. *Change: Principle of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton, 1974.
- Waugh, A.C. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1986, **149**, 656-659.
- Weaver, J.D. Work-related stressors and means of coping among crisis intervention workers and their spouses. *Emotional First Aid - A Journal of Crisis Intervention*, 1984, **4**, 14-24.
- Weaver, K.E. Increasing the dose of antipsychotic medication to control violence. *American Journal of Psychiatry*, 1983, **140**, 274.
- Weingarten, H., & Kulka, R. *Parental divorce in childhood and adult adjustment: A two generational view*. Presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New York, New York, September, 1979.
- Weisath, L. Physical threat and injury: Psychiatric crisis aspects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1976, **265** (Supplement), 27.
- Weiskopf, S., & Binder, J.L. Grieving medical students: Educational and clinical considerations. *Comprehensive Psychiatry*, 1976, **17**, 623-630.
- Weisman, A.D. Coping with untimely death. In R.H. Moos (Ed.), *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington, Mass.: D.C. Heath & Co., 1976.
- Weissberg, N.P. Emergency room medical clearance. An education problem. *American Journal of Psychiatry*, 1979, **136**, 787-790.
- Weiss, R.L. Contracts, cognition, and change: A behavioral approach to marriage therapy. *Counseling Psychologist*, 1975a, **5**, 15-26.
- Weiss, R.S. *Marital Separation*. New York: Basic Books, Inc., 1976.
- Weksteir, L. *Handbook of suicidology: Principles, problems, and practice*. New York: Brunner/Mazel, 1979.
- Wellin, E., Slesinger, D.P., & Hollister, C.D. Psychiatric emergency services: Evolution, adaptation, proliferation. *Social Science and Medicine*, 1987, **24**, 6, 475-482.
- Westbrook, M. T. Analyzing people's experience of events: A study of the child bearing years. Doctoral dissertation, Macquarie University, 1975.
- Westcott, N.A. Issues in counseling bereaved families. *Educational Perspectives*, 1985, **23**, 3, 17-20.
- Wetzler, H.P., & Ursano, R.J. A positive association between physical health practices and psychological well-being. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, **176**, (5) 280-283.
- Wheeler, H. Silent victims of incest - peer group project. In A.W. Burgess & B.A. Baldwin (Eds.), *Crisis intervention: Theory and Practice*, Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc., 1981, 258-274.
- Whitaker, C. A family therapist looks at marital therapy. In A. Gurman & D. Rice (eds.), *Couples in Conflict: New directions in marital therapy*, New York: Aronson, 1975.
- White, G.P., & Haas, J.E. *Assessment of research on natural hazards*. Cambridge: MIT Press, 1975.
- White, P.N., & Rollins, J.C. Rape: A family crisis. *Family Relations*, 1971, **30**, 1, 103-109.
- Whitehead, T. Psychiatric presence in the accident and emergency department. *World Medicine*, 1978a, **13**, 93-95.
- Whitehead, T. Psychiatry as an emergency service. *Nursing Mirror and Midwife's Journal*, 1978b, **147**, 17.
- Whiteley, J., & Rowers, J. (Eds.). *Approach to assessment training*. Monterey, Ca.: Brooks/Cole, 1978.
- Wilder, J., Plutchnik, R., & Conte, H. Compliance with psychiatric emergency room referrals. *Archives of General Psychiatry*, 1977, **34**, 930-933.
- Wilhelm, R. *The Book of Changes of The I Ching*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1967.
- Wilkins, W. Desensitization: Social & cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychological Bulletin*, 1971, **76**, 311-317.
- Wilkinson, G., & Smeeton, N. The repetition of parasuicide in Edinburgh 1980-1981. *Social Psychiatry*, 1987, **22**, 14-49.
- Williams, C., & Rice, D.G. The intensive care unit: Social work intervention with families of critically ill patients. *Social Work in Health Care*, 1977, **2**, 391-398.
- Williams, C.L. Solomon, S.D., & Baitone, P. Primary prevention in aircraft disasters: Integrating research and practice. *American Psychologist*, 1988, **43**, 9, 730-739.
- Williams, R.J. *Nutrition in a nutshell*. New York: Doubleday, 1962.
- Williams, T. (Ed.). *Post-traumatic stress disorders of the Vietnam veteran*. Cincinnati, Ohio: Disabled American Veterans, National Headquarters, 1980.
- Williams, W.V., Lee, J., & Polak, P.R. Crisis intervention: Effects of crisis intervention on family survivors of sudden death situations. *Community Mental Health Journal*, 1976, **12**, 128-136.
- Williams, W.V., & Polak, P.R. Follow up research in primary prevention: A model of adjustment in acute grief. *Journal of Clinical Psychology*, 1979, **35**, 35-45.
- Wilson, L. Thoughts on Tarasoff. *The Clinical Psychologist*, 1981, **34**, 37.
- Winder, A. E. Family therapy: A necessary part of the cancer patient's care: A multidisciplinary treatment concept. *Family Therapy*, 1978, **5**, 151-161.
- Winters, R.A., & Modione, A. High school students as mental health workers. *The School Counselor*, 1975, **104**, 43-44.
- Wise, D.J. Crisis intervention before cardiac surgery. *American Journal of Nursing*, 1975, **75**, 1316-1318.
- Wise, P.S., & Snead, V.S. Establishing the need for crisis intervention in rural schools. *Emotional First Aid - A Journal of Crisis Intervention*, 1985, **2**, 3, 3-9.
- Wisely, D.W., Masur, F.T., & Morgan, S.B. Psychological aspects of severe burn injuries in children. *Health Psychology*, 1983, **2**, 1, 45-72.
- Witkin, M.H. Psychosexual counseling of the mastectomy patient. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1978, **4**, 20-28.
- Wolberg, L.R. *The technique of psychotherapy* (2nd ed.), New York: Grune & Stratton, 1967.
- Wolpe, J. *The practice of behavior therapy* (1st ed.). Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1969.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.
- Wooley, S.C., Blackwell, B., & Winget, C. A learning theory model of chronic illness behavior: Theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine*, 1978, **40**, 379-401.
- Woolfolk, R.L. A multimodal perspective on emotion. In A.A. Lazarus (Ed.), *Multimodal Behavior Therapy*. New York: Springer, 1976.
- Woolfolk, R., & Richardson, F. *Stress, sanity and survival*. New York: Simon & Schuster, 1978.
- Wortman, C.B., & Silver, R.C. Coping with irrevocable loss. In G.R. VandenBos & B.K. Bryant (eds.), *Cataclysms, Crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1987, 189-135.
- Yano, B., Alexander, L., & Kuwanoe, C. Crisis intervention: A guide for nurses. *Journal of Rehabilitation*, 1976, **42**, 23-26.
- Yates, J.E. *Managing Stress*. New York, N.Y.: Amacon, 1979.
- Yesavage, J. A. Inpatient violence and the schizophrenic patient: An inverse correlation

- between danger-related events and neuroleptic levels, *Bwlogical Psychiatry*, 1982, 17, B31-B37.
- Yesudian, S. *Yogaweek iyyweek*. New York: Harper and Row; 1975.
- Yoak, M., Chesney, B.J.C. & Schwartz, N.H. Active roles in self-help groups for parents of children with cancer. *Children's Health Care*, 1985, 14(1), 38-45.
- Young, R. Helpful Behaviors in the crisis center call. *Journal of Community Psychology*, 1989, 17, 1-11.
- Yowell, S., & Brose, C. Worthing with drug abuse in the emergency room. *American Journal of Nursing*, 1977, 77, 82-85.
- Zakariya, S.B. Flood, ruin, murder, strike: How four boards confronted crisis. *American School Board Journal*, 1985, 172, 11, 29-32.
- Zind, R.K. Deterrents to crisis intervention in the hospital unit. *Nursing clinics of North America*, 1974, 9, 27-36.
- Zonana, H., Henisz, J., & Levine, M. Psychiatric emergency services a decade later. *Psychiatry Medicine*, 1973, 3, 273-290.
- Zubin, J., & Spring, B. Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, 103-126.
- Zusman, J. Meeting mental health needs in a disaster: A public health review. In H.I. Parad, H.L.P. Resnik, & L.C. Parad (eds.), *Emergency mental disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, Maryland: The Charles Press Publishers, loc., 1976.

Índice de autores



A

Abarbanel, G., 307
 Abel, G. G., 72, 436n
 Abrahms, E., 488
 Abram, H. C., 283
 Abraniovitz, A., 479
 Acherman, J. M., 474
 Adams, G. R., 76
 Adams, R. L., 363
 Addams, Jane, 10
 Adelman, C. S., 307
 Adler, A., 86
 Africano, A., 307
 Aguilera, D. C., 8, 26, 104, 106, 175
 Aheam, F. L., 74, 90
 Alander, R. P., 396
 Albers, D. A., 107
 Alberti, R., 484
 Albino, J. E., 70
 Albrecht, G. L., 285
 Aldridge, L., 322
 Alexander, J., 290
 Alger, I., 285, 287
 Allan, J., 370
 Allen, J. A., 493
 Allen, W. D., 106, 107
 Altman, D. C., 106, 107
 Amdur, M. A., 303, 305
 Anderson, B., 72
 Anderson, C. M., 347
 Anderson, E., 370
 Anderson, T., 74
 Andrew, J. M., 74, 274, 290
 Apsler, R., 72

Arena, C., 70, 371
 Arieli, O., 493
 Armstrong, B., 134
 Ashton, P. T., 8, 9
 Atkin, E., 475
 Auerbach, S.M., VI, 9, 17, 23, 26, 41, 69, 77, 103, 111, 272, 275, 290, 356, 363, 364, 433, 438
 Austin, N., 484
 Axelberd, M., 255
 Ayers, G. W., 240

B

Bach, G. R., 498
 Bachrach, L. L., 327
 Baechler, J., 330
 Báer, F., 475
 Bahnson, C. B., 77
 Bahr, L. F., 69, 78, 275
 Bailey, V. E., 74
 Baldwin, B. A., 9, 26 a 28, 40, 104, 106, 154, 487
 Balter, L., 309
 Ban, T. A., 331
 Bancroft, J. H. J., 333, 334
 Bandura, A., 479
 Barad, S. J., 72
 Bard, M., 83, 254, 255, 268
 Bames, E., 475
 Bames, R. A., 332, 333
 Barnett, D. C., 71
 Barrachlogh, B., 329
 Barrit, J. A., 273

- sch, E. T., 70
 I.P.B., 436n
 tel, A., 288
 tolucci, G., 299, 305
 tone, P., 74
 uch, E., 75
 ;suk, E. L., 72, 302, 303, 308, 309, 317
 terman, R., 70
 ler, S., 309
 Im, A., 41, 74, 86, 87, 90
 ieley, P., 17, 30, 41
 Ihan, L., 303
 ik, J., 26, 176
 ile, A. V., 401
 iles, E. H., 74
 wers, W. R., 23, 33, 273
 k, A. T., 42, 128, 156, 157, 181, 330
 kei, J. V., 72, 436n
 cker, W. C., 497
 ckstrom, G. M., 73
 jgel, A., 85
 ðsser, A. R., 287
 lfer, M. L., 273
 ll, L.H., 47
 llamy, C., 154
 lsky, J., 43, 72, 83
 jder, M. G., 317
 ajamin, A., 24k
 lljamin, B. E., 489
 ramiil, Y., 438
 rah, E.F., 7-1
 rg, B., 76
 rg, D., 107
 rgman; E., 330
 rgiñan, H.C., 328
 rk, S. F., 72
 rleman, W. C., 106, 107
 rman, A. L., 363
 rman, W. H., 477
 rheim, K. F., 328
 rnstein, B. E., 240
 rnstein, D. A., 493
 rnstein, R., 70
 rnen, F. K., 32, 39
 rsoff, D.N., 134, 135
 r, talanffy, L., 39
 r, E. K., 71
 r, S.C., 71
 r, D. A., 241
 r, J. L., 299
 r, R. L., 72
 r, H. G., 42
 rbaum, F., 73
 rde, J. W., 74
 rel, R., 285
 rckbum, A. C., 370
 Blackburn, H., 287
 Blackwell, B., 285 a 289
 Blane, H., 303
 Blanton, J., 108, 251, 256
 Bleach, G., 357
 Blinder, M., 75
 Blizzard, S., 223
 Bloch, A. M., 393
 Bloom, B. L., 8, 11
 Bloom, J., 69
 Bloom, N. D., 308
 Bloomfield, K. K., 475
 Blumberg, B. D., 284
 Blumenthal, D., 356, 361
 Blundell, J., 76
 Boekelheide, P. D., 284
 Boisen, A., 223, 224
 Bonnefil, M., 495
 Bonta, J., 73
 Booraem, C. D., 484, 494
 Borgman, R., 72, 84
 Borkovec, T. D., 493
 Bosch, A., 398
 Boscolo, L., 496
 Boster, L., 343
 Bowden, S., 71
 Bowdry, C., 83
 Bowen, E. M., 371
 Bowen, M., 34, 497
 Bowen, W. T., 70
 Bozzetti, L. P., 307
 Brassard, M. R., 73
 Brekke, J. L., 223
 Brekke, M. L., 224
 Breme, F. J., 70
 Brenman, M., 487
 Breslau, A. J., 70, 425
 Bresnick, E. R., 70
 Brim, O. G., 49, 50
 Britt, B., 285
 Broadhead, R. S., 70
 Brockopp, G., 8, 26, 115
 Brodsky, L., 223, 491
 Bromet, E., 74
 Bronfenbrenner, U., 35
 Brooks, M., 309
 Brophy, J. E., 54n
 Brose, C., 307
 Broussard, W. J., 394, 395, 398
 Brown, A., 70
 Brown, H. R., 17, 72, 83
 Brown, J. R., 281
 Brownell, M. J., 269
 Bryant, E. H., 78, 371, 372, 379, 381
 Buckley, W., 32
 Budzyniski, T.H., 477
 Bugen, L., 70
 Buhler, C., 10
 Buhrich, N., 69
 Buie, D. H., 331
 Bumpus, A. K., 481, 482
 Bunn, T. A., 69, 290, 308
 Burchfield, S. R., 287
 Burditt, V. B., 17
 Burger, W., 241
 Burgess, A. W., 72, 73, 83, 104, 106, 154, 305, 309
 Burkhalter, J. K., 476
 Burnett, B. B., 252, 255
 Burns, J. L., 363
 Burnside, I. M., 277
 Bush, J. P., 69
 Butcher, J. J., 9, 74, 90, 103, 106, 434
 Butler, R. R., 71
 Byrne, D. G., 285, 287
 Byrne, J. P., 488
 Caldwell, H. S., 69
 Calhoun, J. F., 357, 363
 Campbell, T. J., 396
 Canale, J. R., 154
 Cannell, C. F., 242
 Cantor, D. W., 75
 Caplaii, G., 4, 7, 8, 11, 16, 17, 22 a 24, 26, 27, 32, 35, 39, 42, 64, 71, 82, 104, 114, 174 a 176, 362, 365, 368, 369, 371, 374, 443, 491
 Capone, M. A., 69, 277
 Carey, A., 71
 Carkhuff, R. F., 363, 486
 Caron, H. S., 84
 Carroll, M. R., 72
 Carter, A. H., 176, 186
 Carter, E. A., 56, 57n
 Carter, J., 83
 Casale, F. T., 481
 Cassem, N. H., 287
 Catalan, J., 332
 Cate, R. M., 72
 Cath, S. H., 17
 Caton, C. L. M., 317, 329
 Cautela, F. R., 488
 Cay, E., 287
 Cecchin, G., 496
 Celles, R. J., 72, 84
 Cesnik, B. I., 255
 Chafetz, M., 308
 Chandler, S. M., 72
 Chapman, C. W., 17
 Cheatham, H. E., 72
 Chesborough, S., 71
 Chesney, B. K., 475
 Chess, S., 42
 Chesser, B. J., 71
 Chiriboga, D., 46
 Chitwood, J. S., 69
 Christakis, J., 69
 Christensen, S., 71
 Ciampi, A., 71
 Claiborn, W. L., 357
 Clairborne, W., 8
 Clarke, A.M., 41, 69, 290, 308, 444
 Clifford, T., 484
 Clintbell, H.J., 223, 224
 Clinton, M., 481
 Cochrane, C. T., 370
 Coe, W., 490
 Coelho, G. V., 17
 Coffmann, D., 364
 Cohen, F., 309
 Cohen, J. B., 73
 Cohen, M. M., 278, 291
 Cohen, N.L., 12Q
 Cohen, R. E., 74, 77, 90
 Cohen, R. N., 134
 Cohen, S., 70, 77, 120
 Colgtove, M., 475
 Collison, B. B., 71
 Colston, L. G., 237
 Conger, J., 54n, 72
 Conroe, R. M., 299
 Contreros, R. J., 74
 Coogler, O. J., 75, 97
 Cookerly, J. R., 497, 498
 Coonfield, T.J., 363
 Cooper, K. H., 481
 Coplon, J., 73
 Cormier, R., 73
 Cotton, P., 330
 Could, R., 46
 Counts, R. M., 75
 Cousins, N., 186
 Cowley, R. A., 270, 271
 Crabbs, M. A., 74
 Craig, T., 309
 Crarner, S. H., 75, 76
 Creighton, J., 37, 68, 69
 Croog, S. H., 285, 286
 Crossman, S. M., 75
 Crow, G. A., 8, 20, 106, 116
 Crowder, J. E., 397, 398
 Cllpie, J. E., 271
 Cummings, N. A., 9

Dynes, R. D., 74
Dynes, R. R., 88

E

Eaton, P., 333
Echterling, L. G., 364, 441
Eckstein, E. F., 481
Eddy, J. P., 70
Edelstein, B. A., 493
Edland, B. L., 69
Edmundson, B., 309
Egan, G., 486
Einstein, Albert, 10
Eiser, C., 77, 287, 288
Eisikovits, A., 73
Eisler, R. M., 483, 490, 493, 497
Eitfinger, L., 23
Eliade, M., 490, 500
Elkins, A. M., 306
Eilis, A., 120, 157, 176, 183
Eilis, D., 373, 374, 376, 381
Eilison, J. M., 70, 317, 340
Emerson, R. M., 240
Emmons, M. L., 484
Engels, G. I., 499
Epperson, M. M., 272
Eppstein, H., 75, 91
Erickson, D. B., 370
Erickson, E. H., 7, 10, 45 a 47, 54, 55, 59, 175, 371
Erickson, E., V
Emst, L., 70, 281
Evans, D. R., 363
Eysenck, H. J., 437

F

Fagan, F., 494
Fagin, L. H., 76
Farberow, N. L., 26, 85, 128, 131
Farrell, M. S., 9, 26, 70, 104, 106, 107, 175, 275
Faust, D. S., 69
Fay, A., 157, 158, 475
Feld, S., 223
Feldman, E., 394, 398
Feldman-Summers, S., 436
Felner, R. D., 13, 17
Felthouse, R., 72
Fenton, M. V., 270, 271, 289, 290
Ferreira, A. J., 192
Figley, C. R., 38, 75, 92, 175
Filipowicz, C. A., 396, 397

Fine, J., 303, 327
Fink, S. L., 26, 176
Finlayson, M. A., 289
Fisch, R., 496
Fiske, M., 54n, 65
Fleming, I., 74
Fleming, R., 74
Flowers, J. V., 484, 494
Floyd, J., 17
Folkins, C. H., 481, 482
Follingstad, D. R., 72
Fordyce, W. E., 285
Forehand, R., 76
Foreman, N. J., 120
Forman, B. D., 72
Forsberg, L. K., 70
Portier, L. M., 70
Foster, A., 285, 286
Foster, D., 285, 287
Fowler, D. E., 8, 9, 106, 360, 363, 364
France, K., 363, 364
Franciosi, R. A., 281
Frank, D., 277
Frank, E., 72
Frank, J. D., 485
Frankel, F. H., 487
Frankl, V., 228
Fraser, W. H., 74
Frazier, W. H., 305, 307
Frederick, C. J., 41, 75, 87, 88, 90, 128, 190
Freeark, K., 73
Freeman, H. A., 240, 242
Freud, S., 45
Fried, M., 75, 95
Friedman, C. M., 70
Friedman, G. R., 281
Frieze, I., 41, 72
Fry, W. F., 186
Frye, N., 186
Funk, J. B., 73
Fumiss, T., 73
Futterman, E. H., 280, 291

Gaber, L. B., 493
Galassi, J. P., 485
Galassi, M. D., 485
Gallant, D. M., 120
Ganofsky, M. A., 283
Ganzert, A., 282, 283
Garamendi, C., 69
Gardner, E. R., 340, 342
Gardner, K. R., 477
Gardner, R., 475

Garrison, H. M., 76
Garrity, T. F., 285
Gates, C., 330
Gedan, S., 284
Geis, B. D., 70
Geiser, R., 73, 74, 327
Gendreau, P., 73
Genest, M., 477
Genthner, R., 363
Germain, B., 73
Gerrard, M., 70
Gershaw, N. J., 252, 255 a 260, 263, 264n, 265
Gerson, S., 302, 303, 308, 309, 317
Getz, W. L., 106, 306
Getzel, G. S., 69
Giacquinta, B., 277
Gill, M. M., 487
Gilligan, C., 47
Ginott, H., 109, 382
Ginsburg, L. M., 76
Ginsburg, S. A., 76
Gist, R., 74
Glasgow, R. W., 476
Glass, A. J., 369, 370
Glassman, A. H., 330
Gleser, G. C., 73, 87, 88
Glick, M. D., 74
Glover, W., 75
Golan, N., 74
Gold, M. S., 120
Goldenberg, H., 33, 56, 191, 497
Goldenberg, I., 33, 56, 191, 497
Goldfinger, S. M., 317, 331
Goldfried, A. P., 492
Goldfried, M. R., 483, 492, 495
Goldman, R. K., 75
Goldstein, A. P., 241, 251, 256 a 260, 263 a 265, 485
Goldwasser, N., 75
Gomez, J., 482
Gonso, J., 498
Goode, W. J., 95
Goodman, D., 494
Goodman, P., 20
Gordon, B. E., 436
Gordon, R. H., 284
Gordon, T., 109, 229, 382, 486
Gossett, J. T., 23, 37, 273
Gottman, J., 434, 498
Grace, M. C., 74
Grady, M., 277
Graham, J. A., 70
Graham, J. C., 497
Granofsky, M. A., 283
Grant, B. L., 154
Granvold, D. K., 75

gelli, A. R., 11, 13, 17, 24, 42, 48, 49, 175, 177, 363, 371, 382
grilla, T. J., 495
Gish, S. J., 11 a 13, 17, 24, 42, 48, 49, 175, 371, 382
Gill, B. L., 375, 377, 381
Giv, C. M., 48, 50, 55, 58, 59, 61, 176
Gwin, C., 9
Gid, D. J., 273
Gidoff, I. F., 75
Gidson, L. M., 74, 75, 91
Gis, A., 481
Gis, D. L., 343
Gison, G. C., 499
Gison, D. F., 333
Gison, R., 72
Gisenbacher, J. L., 479
Gisrain, J. D., 70, 281
Gisong, R. D., 77, 274, 290
Gisort, V., 357
Gisour, A. K., 289
Gisogatis, L. R., 437, 444
Gisotsch, M., 97
Gisoreaux, P., 305
Gisi, I., 500
Gisoss, J. A., 73
Gisotra, R. F., 499
Gisochman, W., 327
Gisiuseppe, R., 120
Gison, H., 86
Gisidjian, V. J., 370
Gisoste, P., 72
Gison, M. C., 363
Gisn, P. N., 71
Gisorenwend, B. P., 68
Gisorenwend, B. S., 68
Gison, J., 493
Gisilelly, W., 71
Gispat, T., 329
Gisr, D., 223
Gisvnes, M. C., 73
Gising, G., 489
Gisre, B. A., 76
Gisk: :q_E., 330
Gisr, C. S., 299, 305
Gisr, D. M., 299
Gisll, J., 255, 268
Gisar, D., 283
Gislen, A., 71
GisI. W. R., 71
GisM., 223
GisR. C., 480
Gism, D. S., 307

irauer, H., 277
 ray, B., 363
 ray, D., 72
 rayson, J. H., 73
 reen, B. L., 73 a 75, 88
 reen, M., 71
 reenbaum, C. W., 398
 reenfield, H., 75
 reer, F. L., 45, 363
 reiger, R., 499
 riffin, J. J., 237
 roner, F., 304
 ross, J., 161
 rumet, G. W., 304
 rurney, B., 498
 uilliom, M. E., 496
 urin, G., 223
 urman, A. S., 498
 utmann, D. G., 55
 lutstein, S. E., 497
 uttman, L., 73
 uy, W., 331
 luze, S. B., 329

faas, J. E., 88
 iackett, T. P., 287
 iackney, H., 370
 kertel, G., 69
 agerty, P. J., 371
 faley, J., 33, 35, 190, 192, 495 a 497
 iall, R. C. W., 340, 342
 fallinan, M. M., 74
 alpem, H. A., 21, 30, 43, 154, 175, 439
 iamburg, D. A., 17
 ;amera, E. K., 77, 288
 amerlynck, L. A., 70
 familton, D., 252
 fammond, D. C., 33n, 154, 156, 157, 159, 188, 492
 fancock, E., 70, 275, 276
 'ankoff, L. D., 303, 308
 'ansell, N., 315
 'nson, G., 73
 '!son, P., 493
 :ding, M., 71
 :•o, N. A., 489
 -rmon, 365
 ..rper; R. A., 157, 176, 183
 arrell, F., 498
 ..rris, G., 73
 mis, M., 328
 rshbarger, D., 74
 jirt, C. A., 70

Hart, L. E., 363
 Hart, S. N., 73
 Hartley, R. E., 71
 Hartman, C. R., 73
 Hartsough, D. M., 364, 365, 441
 Hassall, E., 75
 Hatcher, C., 74
 Hatfield, A. B., 347
 Haugk, K. C., 223
 Havighurst, R. J., 46, 54n
 Hawton, K., 332
 Hay, D., 270
 Hayden, L., 464
 Haynes, J. M., 97
 Haynes, R., 239
 Haywood, C., 355 a 359
 Heaton, M. E., 9
 Hefferline, R. F., 20, 494
 Heffron, E., 74
 Heinemann, A. W., 69
 Heinisz, J., 306
 Helfer, R. E., 73, 84
 Heller, D. B., 279
 Hellon, C. P., 329
 Hendall, H., 72
 Henderson, H. E., 255
 Hermann, J., 70, 371
 Hernandez, A. G., 74
 Hernandez, S. H., 73
 Hersen, E., 497
 Hersen, M., 489, 490, 493, 497
 Herzberg, A., 474
 Hester, D., 236
 Higgins, P. C., 285
 Hilgard, E. R., 488
 Hilgard, J. R., 488
 Hill, F., 365
 Hill, R., 32
 Hillard, J. R., 75, 329
 Hiltner, S., 224, 229, 237
 Hirchowitz, R. G., 394, 395, 398
 Hoche, L., 328
 Hodgins, J. D., 69
 Hoehn-Saric, R., 303
 Hoff, L. A., 8, 106, 357
 Hoffman, I., 70, 280, 291
 Hogarty, G. E., 347
 Hoiberg, A., 74
 Holahan, S. J., 37
 Holland, J. M., 329
 Hollenbeck, A. R., 77, 287, 288
 Hollister, C. Q., 303
 Holmes, T. H., 10, 18n, 19, 42, 49, 68, 269, 392
 Holmstrum, L. L., 72, 83, 307
 Homme, L. E., 488

Hopper, C. B., 73
 Horney, K., 475
 Horowitz, J. E., 24 a 26, 28, 42, 43, 73, 75
 Horowitz, M. J., 25n, 92, 154, 176, 195, 287, 288
 Horstman, P. L., 252, 253
 Howell, R. J., 303
 Hudson, S., 3, 6, 13
 Huffine, C., 309
 Hughes, C., 72
 Hughes, H. M., 72
 Humphrey, J. A., 71
 Hundley, D. S., 305
 Hunt, C., 370
 Hunt, R. A., 226
 Hurst, M. W., 330, 392
 Hyde, A. P., 345

I

Iacono, C. U., 75
 Ianzito, B. M., 303, 327
 Isaacs, G., 69
 Iscoe, I., 20, 27, 70, 175, 365
 Ishii, K., 71
 Ishikawa, E., 75

J

Jackson, D., 496, 497
 Jacobs, D., 326
 Jacobs, M., 326, 330
 Jacobs, P., 308
 .Jacobsen, P. H., 303
 Jacobson, A., 309
 Jacobson, E., 202, 493
 Jacobson, G. F., 107
 Jacobson, N. S., 498
 Jakubowski, P., 484
 James, M., 494
 Jamison, R., 363
 Janis, I., 17
 Janis, I. L., 274, 290
 Jellinek, M., 309
 Jenkins, D., 330, 398
 Johansen, C., 305
 Johansen, P. N., 305, 309
 Johnson, B. B., 73
 Johnson, J. E., 363
 Johnson, S. W., 346
 Johnston, M., 288
 Jones, H. J., 74
 Jones, N. H., 394, 398
 Jones, P. K., 303
 Jones, R., 71

Iones, S. L., 303
 Jones, W. A., 229
 Jorgensen, J. D., 73
 Joy, S. S., 70
 Joyce, S. A., 303, 308
 Juda, D. P., 72

K

Kadel, T. E., 229, 237
 Kahn, M., 363
 Kahn, R. L., 242
 Kahn, S., 42, 48
 Kales, A., 299
 Kales, J. D., 299
 Kaliappan, K. V., 500
 Kaminsky, B. A., 284
 Kane, R. P., 491
 Kane, T. J., 307, 309
 Kantor, S. E., 73, 85
 Kaplan, D. M., 190
 Kaplan, L. S., 370
 Kapp, F. T., 74
 Karlin, R. A., 487, 488
 Kastenbaum, R., 54n

Katz, R. C., 478
 Katz, S., 436
 Katz, S. B., 120, 307
 Kazdin, A. E., 488
 Keily, W. F., 271
 Keitel, M. A., 75, 76
 Keith, C. R., 373, 374, 376
 Kellner, K. R., 71
 Kelly, E. M., 72
 Kelly, J., 87
 Kelly, J. B., 76, 97
 Kemeny, J. G., 90
 Kempe, C. H., 73, 84
 Kennedy, C. E., 54n, 55, 60
 Kerr, N., 69
 Kessler, S., 75, 97
 Khan, M. H., 71
 Kilmann, P. R., VI, 9, 103, 111, 195, 272, 275, 290, 356, 363
 Kilpatrick, D. G., 474, 480, 482
 Kiluk, D. J., 76
 Kimbrell, G. M., 69, 77
 King, C. D., 363
 King, H., 72
 King, J., 327
 King, M. J., 76
 Kinney, F., 497
 Kinsella, J. K., 307
 Kinzel, R., 394, 395, 398
 Kirby, M. W., 327

irshner, M. C., 317
 lein, D. C., 17, 370
 tein, E. B., 48, 50, 58, 59, 61, 176, 299
 .lín, R., 77, 288
 .iingman, A., 369, 370
 :lyver, N., 254
 :nesper, D. 1., 303
 Jiickerbocker. D. A., 8, 9, 106, 115, 360, 363, 364
 :ocher, G., 285, 287, 288
 onet, R. J., 370
 opel, K., 69, 77, 278, 279, 291
 :orchin, S. J., VI, 434
 :ross, M. P., 8, 9, 434
 :raus, S., 76, 95, 96, 175
 :roger, W. S., 488
 :Mu, J., 333
 iibler-Ross, E., 277
 uenzi, S. H., 270, 271, 289, 290
 'ulka, R., 76
 :upst, M. J., 69, 285
 urdek, L. A., 76
 ushner. A. W., 332

 'Abale, L., 496
 aFromoise, T. D., 483
 ally, S., 180
 amberson, T. O., 395, 398
 ambert, J., 356
 andau, S. G., 303
 ane, D. J., 69
 ane, J. M., 480
 ange, A. F., 484
 anger, E. J., 274, 290
 3ngsley, D. G., 191, 299, 497
 scari, A. D., 1.19
 atha, M., 500
 illler, J., 475
 auer, R. H., 475
 llvey, E. B., 285
 whead, S., VII, 180n, 190, 407, 410, 449, 476
_ce, [J. B., 396, 397
 ?.t.>re, A., 309
 -,miS. A. A., 33, 110, 154, 155, 158, 160, 194, 195, 479
 <a.aros, A. R., 487
 izziis, R., 287
 a?aruS, R. S., 22, 23, 73, 114, 146, 154, 155, 175; 177, 364, 475, 479
 ann, A. F., 340, 342
 :derer, W. J., 498
 Lee, I., 288
 Lefley, H. P., 347
 Lefort, S., 307
 Leopold, R. L., 86
 Lesicko, F. C. N., 237, 445
 Lester, D., 8, 26, 115, 128, 356, 362
 Lester, T. M., 115, 362
 Leupnitz, D. A., 97
 Leuthe, J., 356, 358, 365
 Levenberg, S. B., 223, 283
 Levin, S., 285, 286
 Levine, A., 74, 89, 355
 Levine, M., 17, 26, 42, 75, 87, 303, 360
 Levine, S. V., 75
 Levinson, D. 1., 46, 48, 50, 55, 58 a 62, 69, 176
 Levinson, M. H., 48, 55, 58 a 62, 176, 245
 Levis, D. J., 489
 Levov, .75
 Levy, J. M., 17
 Levy, L., 392
 Lewis, M. S., 23, 273
 Liberman, R. A., 35, 192, 253, 491
 Liddell, H. G., 16, 17
 Lidz, T., 86
 Lieberman, 42, 55, 56
 Liegner, L. .VI., 69
 Lifton, R. J., 74, 87, 88, 176
 Lincoln, A., 10
 Lindemann, E., 7, 17, 68, 71, 79, 107, 176, 223, 281, 370
 Lindenburg, E., 299
 Lindy, J. D., 74
 Linn, L., 303
 Lison, K., 475
 Litman, R. E., 128, 130, 131
 Llinas, J. J., 299
 Lloyd, S. A., 72
 Loesch, L. C., 72
 Lofas, F., 476
 Loqg, N., 76
 Looney, J. G., 303
 Lopez, D. J., 69
 Loseke, D., 72
 Loving, N., 255
 Lowe, J. A., 75
 Lowenthal, M. F., 46
 Lowman, J., 70
 Ludeke, H., 69
 Lurie, E., 75
 Luthe, W., 483
 Lutz, T., 76
 Lynch, J. G., 308
 Lystad, M. H., 74

M

MacBride, A., 71
 MacDicken, R. A., 72
 MacGregor, R., 190
 Madames, C., 190
 Madar, D., 75
 Maguire, A., 84
 Mahoney, M. I.; 42, 157, 183, 480
 Maidment, S., 72
 Maltzberger, J. T., 330
 Mandel, J. S., 69
 Mann, P., 252, 256
 Manos, N., 69
 Marcos, L., 120
 Marcus, E., 332
 Markman, H., 498
 Marquis, H., 73
 Marsack, P., 333
 Marten, S. A., 329, 330
 Martin, N. K., 70, 71
 Martindale, D., 392, 398
 Masheter, C., 26
 Maslow, A., 10
 Masters, F. C., 490
 Masuda, M., 10
 Masur, F. T., 70
 Matthews-Simonton, 37, 68, 69
 Maudal, G. R., 9, 103, 106
 May, H. J., 70
 Mayer, N., 46, 64
 Mayou, R., 285, 286
 Mazur, M. A., 436
 McCance, K., 73
 McCann, L., 70
 McCarrroll, J. R., 302
 McCarthy, B. W., 363
 McCaughey, B. G., 74
 McClure, J. N., 363
 McCombie, S. L., 72, 82, 306, 307
 McCord, J. B., 357
 McCreary, C., 240
 McCullough, L. E., 324
 McFarlane, A. H., 285
 McGee, R. K., 8, 9, 17, 91, 99, 104, 106, 115, 355, 357, 358, 360, 363, 364
 McGoldrick, M., 56
 McHenry, P. C., 71
 McInerney, J. F., 121
 McKee, B., 48, 50, 55, 59, 61, 176
 McKeon, P., 488
 McLean, A. A., 392
 McMurrain, T., 8, 107, 108
 McNulty, C. V., 73
 McSherry, L., 281, 282
 McWilliams, P., 475
 Meagher, J. R., 436
 Medea, A., 436
 Mehr, M., 71
 Meichenbaum, D. H., 42, 157, 176, 183, 477, 480, 482, 492
 Meisner, B. S., 303
 Melamed, B. B., 274
 Melamed, B. G., 69
 Mello, N. K., 274
 Melnick, F. A., 484
 Mendel, W., 304
 Mendelson, J. H., 120
 Merbaum, M., 493
 Messerli, M. L., 69
 Messick, J. M., 8, 26, 101, 175
 Messinger, S. L., 240
 Methorst, G. J., 499
 Meyer, C., 71
 Meyer, R., 255, 266, 268
 Mian, P., 305
 Michael, S., 75
 Mignone, R., 309
 Miles, A., 77, 285, 287
 Miller, K., 20, 21, 114, 175, 374
 Miller, M., 299
 Miller, W., 361
 Minkoff, K., 330
 Minuchin, S., 35, 192, 271, 278, 284, 497
 Mischorr, M. T., 303, 308
 Mitchell, J. T., 190
 Mock, L. A., 69, 77, 277 a 279, 291
 Modione, A., 370
 Moleski, R. L., 182, 492, 499
 Monahan, J., 331
 Monteleone, M., 330
 Montgomery, S., 477
 Moore, C. W., 97
 Moore, J. A., 70
 Moos, R. H., 9, 32, 79
 Morason, G., 70
 Morgan, J. P., 71, 363
 Morgan, S. B., 70
 Morley, W. E., 106, 107
 Morse, W. C., 370
 Motto, J. A., 356
 Moulton, J. M., 69
 Moynihan, B., 305, 307
 Mudry, S., 73
 Mull, R., 48n
 Mullen, R. M., 72
 Mullis, M. R., 75
 Mulvey, E. P., 254
 MUDOZ, R. A., 329
 Murphy, E. G., 17

Murphy, G.E., 364
 Murphy, S., 73
 Murphy, S.A., 73
 Myers, D.V., 370
 Myers, R. H., 363
 Myers, S.L., 76

N

Nace, E. P., 120
 Nannis, E., 77, 287, 288
 Neff, W. S., 390, 391, 399
 Neill, S. B., 370
 Neimeyer, R. A., 71
 Neugarten, B. L., 38, 45 a 47, 49, 50, 55, 56, 58, 63
 Newlon, B. J., 73
 Nida, R. A., 363
 Nolden, W. L., 73
 Nomellini, S., 478
 Norman, G. R., 285
 Notarius, C., 498
 Novaco, R. W., 343, 477, 478
 Nowak, C., 17, 42
 Nurius, P.S., 317

O

O'Brien, R., 120
 O'Hanlon; W.H., 488
 O'Malley, J., 285, 287
 Oken, D., 270
 Oldham, J., 307
 Oliver, R., 499
 Olson, E., 74, 87, 88, 176
 Oppenlander, N., 254
 Oradei, D. M., 277, 291
 Orbach, S., 475
 Orr, D. P., 73
 Orzek, A. M., 72, 73
 Otten, M. W., 363

Parke, R. D., 73, 83
 Parkes, C. M., 17, 71, 79, 281
 Parkison, D., 74
 Parks, R. M., 70, 275, 276
 Pascale, L., 287
 Paséoe, D. J., 73
 Pasewark, R. A., 107
 Patterson, G. R., 496, 497
 Patterson, M., 71
 Patton, W., 253
 Payne, E. C., 284
 Pearce, J. B., 254
 Pearson, J., 97
 Peffer, K. E., 477
 Pell, S., 306, 307
 Penick, E. C., 73
 Pepper, B., 317
 Pergamenter, R., 75
 Perlin, L.L., 17
 Peris, F., 20, 176, 192, 494
 Peter, L. R., 48n
 Peters, J. J., 436
 Peters, R. D., 73
 Phelps, L.C., 256
 Phelps, S., 484
 Phillip, A. E., 287
 Phillips, D. A., 256
 Phillips, V.A., 23, 273
 Picher, L., 282
 Pierson, M.H., 70
 Pikoff, H., 483
 Pii>er, M. P., 70
 Pisarcik, G., 305
 Plutchnik, R., 309
 Pokomy, A. D., 329
 Polak, P., 327
 Polak, P.R., 282, 292, 327
 .Poli, I.B., 289
 Pollard, R., 71
 Popltin, M. K., 340, 342
 Poston, C., 475
 Powell, B.J., 30, 73
 Powell, D.R., 30
 Powell, E.R., 8, 9
 Powers, M. A., 279
 Pmta, G., 496
 Pmzak, J. A., 485
 Preiser, M. L., 240, 241
 Prestana, J., 303., 329
 Prestan, J., 363
 Pretzel, P. W., 229, 363
 Price, S., 240, 241
 Pritchard, M. J., 289
 Pruyun, J. F., 69
 Puryear, D. A., 8, 106
 Pynoos, R. S., 71

Wood, W.T., 363
 <.Irea, E., 302
 :lmer, S., 71
 ;rad, H. J., 25n
 :ad, L. G., 25n
 ;asnraman, S., 75
 . Jeck, J. T., 73

Q

Quarantelli, E. L., 74, 88
 Quinby, J. T., 481
 Quinsley, V. L., 485

R

Rahe, R. H., 18n, 19, 42, 49, 68, 269, 392
 Ramm, D., 330
 Raphael, B., 75, 281
 Rapoport, J., 13, 46, 47
 Rapoport, L., 20
 Rapoport, R., 17, 46, 47
 Rapport, S., 304
 Raub, J., 357
 Rawls, E. S., 490, 500
 Ray, B. M., 370
 Rayha, L. L., 497
 Reardon, R. W., 398
 Regan, J. H., 269
 Reid, A. A., 437
 Reid, T.A., 253, 254, 256
 Reid, W. H., 330
 Reidy, J., 242
 Reiff, R., 13
 Reiser, M., 254
 Reiss, A., Jr., 252
 Reiss, D. J., 347
 Reppucci, N. D., 254
 Resick, P.A., 436, 480, 482
 Resnik, H. L. P., 25n, 363
 Reynolds, P., 333
 Rice, D.G., 270, 271, 289, 498
 Richardson, F., 476
 Rickel, A. U., 70
 Riddle, D., 437
 Riegel, K., 48
 Rimm, D. C., 480, 490
 Ripley, H., 329
 Rist, M. C., 371
 Ritchie, A. N., 190
 Robbins, E., 120, 307
 Roberts, A. H., 477
 Roberts, J., 73
 Robin, E., 329, 475
 Robinson, C.E., 306
 Roehl, J. E., 72
 Rogawski, A., 308, 309
 Rogers, C., 10, 115, 224
 Rogers, C. R., 229
 Rogers, P. M., 70
 Rogosky, I., 398
 Rollin, B., 76
 Rollins, J. C., 72

Romano, J., 69
 Roose, S. P., 330
 Roosevelt, E., 10
 Roosevelt, R., 476
 Rose, R. M., 392
 Rosen, G. M., 476
 Rosen, H., 270
 Rosenbaum, A., 357, 363
 Rosenberg, M., 17
 Rosenbluh, E. S., 180
 Rosenfeld, J. P., 240
 Rosenthal, D. E., 240 a 242
 Roskies, E., 287
 Ross, A., 17
 Rossi, A. M., 330
 Rourke, B., 289
 Rowe, W., 483
 Roy, R., 285, 329
 Ruch, L., 72
 Rudd, M.D., 497
 Rudow, E. H., 357
 Rudy, T. E., 474
 Rueveni, U., 35, 486, 497
 Runck, B., 74
 Rund, D. A., 303
 Russell, H. E., 85
 Russell, M., 107, 360, 363, 364
 Russell, N., 75
 Ryan, W., 223
 Ryerson, E., 476
 Ryglewicz, H., 317

S

Sabalis, R. F., 240
 Sacks, A., 75
 Safer, D. J., 120
 Saffer, J. B., 71
 Sager, L.B., 396
 Sainsbnry, P., 329
 Salter, A., 479
 Sanchez-Salazar, V., 273, 291
 .Sandov; J.J., 370
 Sank, L. I., 75, 92, 94n, 190, 398, 439
 Sarnoff, J. R., 71
 Satin, D. C., 303
 Salir, V. M., 34, 497
 Savitz, R., 306
 Sawyer, H.W., 493
 Schaar, K., 74, 89
 Schanie, C., 255, 256, 265
 Scharff, I., 73
 Scherl, D. J., 72, 82
 Schild, S., 78
 Schiller, M. S., 76

chinke, S. P., 363
 chnaper, N., 275
 chneider, C. D., 279
 choenfeld, L. S., 363
 oenfiefd, B. P., 240, 241, 243
 .loenfield, M. H., 240, 241, 243
 chofield, W., 185
 chreiber, F. B., 252, 255
 chuker, H.C., 306
 chulberg, H.C., 16; 74
 huller, D. S., 224
 ħulman, J. L., 285
 hultz, J. H., 483
 huster, F. P., 190
 ħwartz, N. H., 475
 hwartz, S. R., 120, 317
 ħwartzberg, A. Z., 76
 ott, D. J., 285
 rtt, R., 17
 gal, J., 188, 331
 iler, J. A., 32, 38
 :llschop, A., 69
 :lvini Palazzoli, M.S., 496
 lye, H., 30, 476
 san, R., 73
 yle, R. S., 482
 affer, T. L., 240 a 243
 apiro, R. J., 72
 arlin, S. A., 71
 arma, A., 71, 72
 eckter, L. A., 284
 eehy, G., 4, 46
 ehan; C. L., 75
 eldon, A., 16
 elton, J. L., 17, 474
 em, S., 181) .
 enhar, A., 71
 pherd, I. L., 494
 teshfsky, P. M., 17
 rman, B., 308
 skin, A., 71, 79
 elds, L., 299
 ieidman, E. S., 26, 71, 128
 >ntz, F. C., 77, 288
 lchter, S. R., 74
 ilman, B. H., 157
 gel, J., 254
 pi, L. T., 274
 -cf. E., 17
 erfeld, M., 71
 .r. R. C., 17, 23, 26, 41, 71
 er, S. M., 17, 23, 26, 75
 le, W. E., 481, 482
 ron, H. A., 499
 tOnS, J. 8.; 242
 •onton, O. C., 37, 68, 69
 Singer, I. L., 488
 Singer, J. E., 74
 Skinner, L. J., 72, 436n
 Skudder, P. A., 302
 Slaikeu, K. A., VII, 8, 9, 69, 73, 77, 82, 97,
 103, 180n, 190, 237, 248, 355n, 361 a
 364, 407, 410, 415 a 418, 428 a 431,
 436, 438, 441, 444, 449, 467n, 476
 Slavin, L., 284, 285
 Slesinger, D. P., 303
 Sluzki, C. E., 33
 Smead, U. S., 370
 Smeeton, N., 332
 Smiley, C. W., 299
 Smiley, O. R., 299
 Smith, D., 476
 Smith, D. E., 120
 Smith, L. L., 8, 9
 Smith, T. E., 363
 Sniderman, M., 307
 Snortum, J. R., 254
 Soloff, P., 287
 Solomon, E. G., 481, 482
 Solomon, G. F., 75, 92
 Solomon, M. I., 329
 Solomon, S. D., 74
 Soreff, S. M., 303, 306, 309
 Sosowsky, L., 331
 Sourkes, B. M., 69
 Spanier, D., 363
 Spearly, J. L., 37
 Specter, G. A., 8, 9
 Speer, D. C., 73, 82, 84, 362, 363
 Spencer, E., 71
 Spicka, D. A., 74
 Spiegel, C., 69
 Spielberger, C. D., 437
 Spink, D., 69, 70, 275
 Spirito, A., 74
 Spitz, L., 303, 305, 309
 Spodak, B. N., 259
 Sprafkin, R., 256 a 260, 263, 265
 Sprague, B., 305
 Sprengle, D. H., 38, 75, 92, 175
 Spring, B., 31n
 Sprott, J. A., 240
 Stahmann, R. F., 497
 Stampfel, T. G., 489
 Stanfield, K., 33n, 154, 156, 157, 159, 188,
 492
 Stanko, B., 70, 275, 276
 Stark, A., 273, 291
 Stark, E., 475
 Statz, M. A., 71
 Stein, D. M., 356
 Steinbrecher, D. D., 396, 397

Steinmetz, S. H., 72, 84
 Stem, M., 120
 Stem, M. J., 287
 Stevenson, J. S., 38, 39, 46
 Stewart, B. D., 72
 Stickgold, A., 70
 Stickney, S. K., 340, 342
 Stilson, D. C., 70
 Stolberg, A., 76
 Stolberg, A. L., VI, 9, 69
 Stolz, S. B., 74
 Stone, H. W., 226, 229
 Stoyva, J. M., 477
 Stratton, J. G., 73, 84
 Straus, M. A., 72, 84
 Streiner, B., 71
 Streiner, D. C., 285
 Strickler, M., 495
 Striegel-Moore, R., 436, 439, 467n
 Strobe, B. E., 77
 Stuckey, 287
 Sugarman, S., 26
 Suinn, R. M., 479
 Summerfield, 305
 Summers, W. K., 303
 Summit, R. C., 73
 Sund, A., 271
 Sung, W. W. K., 329
 Susman, E. J., 77, 287, 288
 Susset, V., 285
 Susskind, D. F., 488
 Sutherland, S., 72, 82, 491
 Swain, D. L., 75
 Swift, C. F., 73
 Swink, D. F., 254
 Switzer, D. K., 224, 229
 Symonds, M., 82

T

Taddeo, K., 26, 176
 Tait, R., 23
 Taplin, J. R., 16, 19, 21, 42, 62, 144, 176, 182,
 233
 Tapp, J. T., 107, 363
 Tarrant, R., 75
 Tay, A., 476
 Taylor, E. H., 185
 Tedesco, L. A., 70
 Temeshek, L., 69
 Tenor, D., 475
 Sharp, R. G., 475
 Thoennes, N., 97
 Thomas, A., 42
 Thompson, J. W., 73

Thompson, K., 436
 Thom, G. W., 481
 Thomhill, H. L., 69
 Thumher, M., 46
 Tietz, W., 281
 Tillinghast, B. S., 480
 Tishler, C. L., 71
 Titchener, J. L., 17, 74, 87
 Toffler, A., 17
 Tomlinson, K. E., 303, 308
 Torrey, E. F., 319, 323, 330, 331, 342, 343,
 345
 Tosí, D., 182, 492, 499
 Trachman, D. L., 304
 Trafford, A., 320
 Traicoff, M., 72
 Trexler, L. D., 499
 Tsuang, M. T., 329
 Tuder, E. M., 303, 305
 Tulkin, S., 363
 Tulkin, S. R., 362, 364
 Tunay, E., 76
 Turgay, A., 71
 Turk, D. C., 474, 477
 Turner, J. T., 330
 Twemlow, S. W., 70
 Tyhurst, J. S., 11, 21, 42
 Tyrell, S., 70
 Tyrer, P., 287

U

Unger, D. G., 30
 Unger, L., 75
 Ungerleider, J., 309
 Ursano, R. J., 482
 Uzoka, 177

V

Vachon, M. L., 69, 71
 Vaillant, G. E., 46
 Valdiserri, E. V., 488
 Valent, P., 74
 Valente, S., 71
 Valinsky, R., 90
 Valle, J., 255
 Vanderplate, C., 70
 VanDongen-
 Melman, J. E., 69
 VanZanen, S., 69
 Vamey, G. W., 485
 Veroff, J., 223
 Veronen, L. J., 436, 474, 480, 482
 Vetter, N. J., 287
 Viers, L. A., 371

-íney, L. L., 9, 17.,20, 27, 30, 41, 107, 438, 439
 Vital-Heme, J., 330
 lobecky, 285
 io!lman, R. R., 282
 on Bertalanffy, L., 32
 Jonnegut, M., 345

W

Waite, N.S., 277, 291
 Walfish, S., 363, 364
 l'alker, B. A., 71
 l'alker, K, N., 71
 l/alker, L.E., 72, 83
 l/all, E E., 371
 Yallace, M., 71, 252, 255
 Yallace, S. E., 79.
 Vallerstein, J. S., 76, 97
 Valsh, J. A., 255, 256
 Valsh, M., 345
 Valsh, T., 320
 Valzer, H., 330
 lamer, C. C., 83
 Vandersman, A., 42
 Vandersman, L. P., 42, 48
 Vanlass, R. L., 70
 larheit, G. J., 73
 \farren, R. C., 73
 \fashton, A.M.; 120
 Vatson, A. S., 243
 \fatson, D. L., 475
 latson, G. D., 302
 latson, M. A., 331
 latzlawick, P., 191, 192, 495, 496
 laugh, A. C., 332
 eakland, E., 496
 eakland, I., 496
 eakland, J., 497
 teaver, J. D., 76
 leaver, K. E., 331
 lebb, C., 72
 feeks, C. A., 76
 "eks, G., 496
 • erts, T.C., 327
 ::ngarten, H., 76
 --'nhofen, H., 242
 ::nstein, R. S., 363
 ,o)sath, L., 271
 -iskopf, S., 299
 -isman, A. D., 71, 79, 80
 -ciss, R. L., 76, 203, 498
 <:fissberg, N. P., 305

Welcstein, L., 128
 Wellin, E., 302
 Wellisch, D. K., 277, 291
 West, D., 72
 Westbrook, M.T., 41
 Westcou, M. A., 71
 Westie, K. S., 69
 Wetzler, R. D., 364
 Wetzler, H. P., 482
 Wharf, E:A., 317
 Wheeler, H., 487
 Whitaker, A., 330
 Whitaker, C. A., 496, 497
 White, G. E., 88
 White, J. S., 3n
 White, P.M., 72
 Whitehead, T. A., 305
 Whiteley, J., 484
 Whyte, H.M., 285, 287
 Wilder, J., 309
 Wilhelm, R.; 16
 Wilkins, W. D., 479 .
 Wilkinson, G., 332
 Williams, B., 84
 Williams, C., 270, 271, 289
 Williams, C. L., 74, 75, 190, 282, 292
 Williams, M., 309
 Williams, R. J., 92, 437, 481
 Williams, W., 282
 Williams, W. V., 281, 292
 Williamson, B., 285, 286
 Willis, M. A., 363
 Wilson, L., 135
 Wilson, W. H., 331
 Winder, A. E., 69, 77
 Winget, C., 73, 74, 87, 285 a 289
 Winkle, R. A., 285
 Winokur, G., 329
 Winters, R. A., 370.
 Wise, D. J., 272, 289
 Wise, P.S., 370
 Wisely, D.W., 70
 Witkin, M. H., 274
 Witte, P.G., 255
 Wolberg, L.R., 485
 Wolfer, J., 274, 290
 Wolpe, F., 479
 Wolpe, J., 480
 Woodring, S., 330
 Wooley, S. C., 285 a 289
 Woolfolk, R., 33n, 476
 Woolson, R. F., 329
 Wortman, C. B., 17, 23, 26, 41, 71
 Wren, B., 467n
 Wyden, P., 484, 498

V

Yalom, I., 69
 Yarrow, L.J., 17
 Yeager, R. J., 120
 Yesavage, J. A., 331
 Yesudian, S., 500
 Yoak, M., 475
 Young, R., 363
 Yowell, S., 307

Z

Zakariya, S. B., 75
 Zamansky, H. S., 487
 Zerwekh, J. V., 120
 Zigmund, D., 305
 Zind, R. K., 270
 Zisook, S., 74, 309
 Zonana, H., 302
 Zubin, J., 31n
 Zusman, J., 90

Índice



A

- AAPC (Asociación Estadounidense de Consejería Pastoral), 224
- Aborto, 70
necesidad de intervención en crisis, y, 284, 285, 292
- Accidente(s), 70
aéreos, 74
nuclear de *Three Mile /stand*, 88
- Acción concreta en primeros auxilios psicológicos, 117, 122, 296
ambiente(s), en,
escolar, 383
policíacos, 262, 265, 266
enfermos mentales, con, 327, 328
- ACPE (Asociación para la Educación Clínica Pastoral), 224
- Acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental (1963), 8, 223, 302, 316
- Actualización del sí mismo, influencia de, en la teoría de la crisis, 10
- Adaptación al ambiente, 38
- Adaptaciones conductuales/interpersonales como tarea de la resolución de la crisis, 234 a 236
ambiente escolar, en el, 387
atención a la salud, en ambientes de, 299
enfermos mentales, con, 346 a 348, 351, 352
- Adolescencia, incidentes de crisis en, 4, 51
- Adultez, incidentes de crisis de,
joven, 51, 54
media, 54, 55
- Afecto inducido, 474
- Agresión sexual, 72
necesidad de intervención en crisis, y, 322, 323
- Alcohol/drogas, 70
primeros auxilios psicológicos con pacientes bajo influencia de, 120, 121
- Alcoholismo e intervención en crisis en el ambiente laboral, 396, 397
- Ambientes laborales, intervención en crisis en, 390 a 392
- Ancianos internados en hospitales y necesidad de intervención en crisis, 277
- Apertura/diagnóstico, 446
- Apoyo, proporcionar, como objetivo de los primeros auxilios psicológicos, 114
- Arbitraje como estrategia de acción en primeros auxilios psicológicos, 265
- Asentamiento (A), 59
- Asertividad, entrenamiento en, 483, 484
- Asesoría en primeros auxilios psicológicos, 121, 484
- Aseveraciones reflexivas en primeros auxilios psicológicos, 258
- Asociación Estadounidense de Consejería Pastoral (AAPC), 224
- Asociación para la Educación Clínica Pastoral (ACPE), 224
- Ataque físico, supervivencia al, 197 a 205
adaptaciones conductuales/interpersonales, 203, 204
dominio cognoscitivo, 202, 203
entorno y funcionamiento previo a la crisis, 198, 199

- evaluación del seguimiento, 204, 205
 expresión de sentimientos, 202
 perfil multimodal de crisis, 199, 200
 presentación del problema e incidente precipitante, 198
 supervivencia física, 202
 tratamiento, 200 a 202
 autoaseveraciones, 479
 autoayuda, 475, 476
 automutilación y enfermedad mental, 331 a 334
-
- bibliografía acerca de la intervención, surgimiento de, 8
 biblioterapia, 476, 499
 bienestar psicológico en relación con bienestar físico, 68
 retroalimentación, 476, 477
 roque, 28
-
- linio de trabajo y necesidad de intervención en crisis, 394 a 396
 nal del amor, secuelas del incidente en, 90
 malización,
 estrategia de acción en los primeros auxilios psicológicos, como, 265
 necesidad de intervención en crisis en la sala de urgencias, y, 308, 309
 objetivo de los primeros auxilios psicológicos, como, 114
 ncer, 69, 77
 mama e intervención en crisis, de, 274
 papel del estrés en, 68
 .astrofización, 144
 :ntro de Prevención del Suicidio de Cleveland, Ohio, 365
 :ntro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, 355
 ritorio de Salud Mental de la Comunidad de las Cataratas del Niágara, esfuerzos iniciales de alcance externo del, 90
 :ntro de Teleayuda de Montreal, 365
 io vital,
 Desarrollo, influencia en la teoría de la crisis, del, 10
 preocupaciones en el curso del, 50 a 56
 .agía, 69
 .ecesidad de intervención en crisis, y, 272 a 275, 290
- Clave cognoscitiva en la teoría de la crisis, 19, 20
 Comisión del Congreso Estadounidense para la Salud y Enfermedad Mental, 8
 Comisión Mixta de Acreditación de Hospitales (1979), 8
 Comportamiento,
 agresivo y enfermedad mental, 330, 331
 asistente, del, 106 a 108
 realización del contacto psicológico, en la, 115
 tranquilo, primeros auxilios psicológicos en el modelamiento de, 258
 Concepto de crisis, atractivo del, 9
 Confiables entre los demás, utilización de quienes son, en los primeros auxilios psicológicos, 259, 260
 Confrontación en primeros auxilios psicológicos, 262
 Consejería pastoral, 223, 224
 crecimiento en el desarrollo de la, 224
 entrenamiento e investigación futuros, 236
 estrategias de orientación para crisis, 229
 intervención en crisis de primera instancia a cargo del clero, 229 a 232
 terapia para crisis a cargo del clero, papel singular del clero, 226 a 228
 raíces para la, moderna, 223
 Consultores externos en intervención en crisis, 77, 305, 306
 Consumo de drogas, 70
 intervención en crisis en el ambiente laboral, e, 396
 Contacto,
 físico, adecuación del, en la realización del contacto psicológico, 117
 psicológico en la intervención en crisis, ambiente escolar, en, 382
 enfermedad mental, para individuos con, 323 a 325
 llamadas por desórdenes familiares, en, 257
 orientación telefónica, en, 360, 361
 Control,
 ira, de la, 477, 478
 respiración, de la, 478
 dolor, del, 477
 Crimen, 72, 73, 82 a 85
 Crisis, 48
 concepto de, 4
 definición de, 16
 distinciones entre estrés y, 30, 31
 económica, 76
 empleo, en el, 76
 entorno de, 35, 36
 familiares, y transiciones, 56 a 58
 inicio de, 24
 raíces semánticas de, 16
 resultado de, 26 a 30
 salud mental, y, 31
 síntomas de, 21, 31
 transiciones como, 48 a 50
 vida moderna, familiares y económicas de la, 95 a 98
 Crisis circunstanciales, 269
 características de, 67, 68
 crimen, 82 a 85
 definición de, 67
 desastres naturales y provocados por el hombre, 85 a 91
 familiar y económica, 95 a 98
 guerra y acontecimientos relacionados, 91, 92, 94
 implicaciones de la intervención, 98, 99
 muerte inesperada, 78 a 82
 salud, 68, 76 a 78
 teoría de la crisis, en la, 19
 Crisis de mitad de la vida en los varones, 4, 58 a 62, 205 a 216
 adaptación conductual/interpersonal en la, 214 a 216
 dominio cognoscitivo, 212 a 214
 entorno y funcionamiento previo a la, 206 a 208
 expresión de sentimientos, 211, 212
 perfil multimodal de crisis, 208, 209
 presentación del problema e incidente precipitante, 206
 seguimiento y evaluación, 216
 supervivencia física, 211
 tratamiento, 209, 211
 Crisis matrimonial, 139 a 146
 acción concreta, 145, 146
 conflictos por encauzar después, 141
 confrontación de obstáculos, 142, 143
 consejo en; 142
 contacto psicológico, 140, 141, 144
 convenio para la acción, 143
 dimensiones del problema, 144, 145
 énfasis en los asuntos inmediatos, 142
 enfoque, 142
 incidente precipitante, 139, 140
 posibles soluciones, 142, 145
 problema inmediato, 141
 seguimiento, 143, 144, 146
 Crisis para el desarrollo, 45, 46
 implicaciones de la intervención, 62 a 65
 incidentes que precipitan, 47
 mitad de la vida en varones, en la, 58 a 62
 paternidad, de la, 48
 preocupaciones en el curso del ciclo vital, 50 a 56
 supuestos para el desarrollo, 46 a 48
 teoría de la crisis, en la, 19
 transición como, 49
 transiciones familiares y, 56 a 58
 Crisis vital, 3 a 6
 definición de, 19, 49
 naturaleza de, 434, 436, 437
 noción caplaniana de intervención durante, 8
 significado de, en la psicopatología adulta, 7
 Cuestionario para Crisis (CC), 445, 467 a 472
 evaluación del funcionamiento CASIC, en la, 161
 Culpa por la muerte, 87
-
- ## D
- Daño psicológico posterior a un desastre, alcance del, 88
 Defectos congénitos y necesidad de intervención en crisis, 275 a 277
 Delirios paranoides y comportamiento agresivo, 331
 Desastres, 73 a 75, 85 a 91
 naturales, 73 a 75, 85 a 91
 nucleares, 74, 86, 89
 provocados por el hombre, 73 a 75, 85 a 91
 Desatención selectiva y utilización del silencio en primeros auxilios psicológicos, 261
 Desechos tóxicos, 74, 86
 Desempleo como crisis económica, 95
 Desensibilización,
 contacto, de, 479
 sistemática, 478, 479, 488
 Desesperanza y necesidad de intervención en crisis, 330
 Desorden, 24
 Desorganización y desequilibrio en la teoría de la crisis, 20, 21
 Detención del pensamiento, 479, 480
 Diálogo orientado consigo mismo, 480
 Dieta y nutrición, 481
 Discapacidad, 69, 78
 crónica y necesidad de intervención en crisis, 285 a 289
 Distracción, uso de, en primeros auxilios psicológicos, 258, 259
 Divorcio, 75, 76, 95, 96
 centros de mediación para el, surgimiento de, 97

Inicio cognoscitivo, 202
 ambiente escolar, en, 386
 creencias religiosas, 227
 enfermos mentales, con, 344 a 346, 350, 351
 terapia para crisis, en la, 233, 234, 298
 JAO, 79, 80
 necesidad de intervención en crisis, y, 281

psicología, 9
 ejercicio físico, 481, 482, 489
 elementos de desarrollo normativo, 47
 embarazo, 70
 encarcelamiento, 73
 teoría de la crisis acerca de, 85
 enfermedad, 69
 crítica o traumatismo en la unidad de cuidados intensivos y necesidad de intervención en crisis, 270 a 272
 evasión dentro de la, 288
 fase terminal y necesidad de intervención en crisis, en, 277 a 281, 291
 mental,
 crisis, y, 31
 mortalidad y, 329 a 334
 enfermeras, 26c; a: 299, 305
 enfrentamiento,
 colapso en, en la teoría de la crisis, 21 a 23
 conducta de, efectivo, características de la, 22
 definición del, 22
 riqueza, modelo de desarrollo humano, 11
 sayo de comportamiento, 482, 483, 490
 entrenamiento,
 autogénico, 483
 habilidades interpersonales, en, 484, 485
 inoculación de estrés, en, 477, 478, 480, 482, 485
 manejo de ansiedad, en, 485
 primeros auxilios psicológicos, 405
 componentes de, 409 a 413
 creación de SIRS propios casos para *role play*, 413, 414
 crisis y yo, las, 407 a 409
 módulos, 406 a 413
 supuestos del, 406
 capacitación, en, 477 a 479, 484, 489
 terapia para crisis, 419
 evaluación y planeación de tratamiento en la, 419 a 422
 facilitamiento de las cuatro tareas, 422 a 426
 necesidad de flexibilidad, en, 426, 427

Entumecimiento físico, 87
 Equifinalidad, 39
 Equilibrio, 446
 Equipos multidisciplinares, función de, en la intervención en crisis en salas de urgencias, 305
 Escala en la tasa de readaptación social, 18
 Escuchar,
 activamente, 486
 primeros auxilios psicológicos, en los, 260
 Esquizofrenia,
 realización del contacto psicológico en la intervención en crisis, y, 323
 riesgo de suicidio, y, 329
 síntomas de, 317, 318
 Establecimiento de redes, 486
 Estados de estabilidad, 39
 Estimulación en los primeros auxilios psicológicos, 261
 Estrés,
 distinciones entre, y crisis, 30, 31
 relación entre los sucesos de la vida y, 68
 trabajo y necesidad de intervención en crisis, en el, 392 a 394
 vital, enfrentamiento con, y teoría de la crisis, 10
 Estructura general de los sistemas, teoría de la crisis en, 31 a 33, 40, 43
 Estudios de proceso y resultado, 438
 "Evasión dentro de la salud", 288
 Evaluación programática en centros de atención a crisis, 9
 Evolución, influencia de la, en la teoría de la crisis, 9
 Exigencia en los primeros auxilios psicológicos, 262
 Exosistema, 35
 Expresión de ira, 486, 487

F

Familia(s),
 abandonar a la (AF), 58, 59
 necesidad de intervención en crisis en la sala de urgencias, y, 308
 sistemas, como, 33 a 39
 trastornos en, y llamadas por crisis a la policía, 253, 254
 Funcionalidad, principio de la, 38
 Funcionamiento CASIC,
 crisis, en, 174 a 177
 Cuestionario de Crisis en la evaluación del, uso del, 161, 467 a 472
 etapa de precrisis, en, 174
 su determinación antes de la crisis, 118
 Futuro, apertura al, 28

G

Grupos de terapia para crisis, 190, 449 a 465
 guía de evaluación del comportamiento, 456 a 465
 Guerra y acontecimientos relacionados, 91a94
 Guía de evaluación del comportamiento, 456 a 465

H

Hipnosis, 487, 488
 HMOs (Organizaciones de conservación de la Salud), 397, 398
 Holocausto nazi, sobrevivientes del, 91
 Homicidio, 71
 responder a las amenazas de, 123, 124, 127 a 130
 Huella de la muerte y ansiedad por la muerte, 87
 Humor,
 cómico, 186
 ejemplificativo, 186
 primeros auxilios psicológicos, en, 259
 satírico, 186
 terapia para crisis, en, 186
 Huracanes, 73, 86

I

Imaginería, 488
 emotiva, 479
 enfrentamiento, de, 479, 499
 papel de, en la psicopatología, 157
 positiva, 479
 Implosión, 489
 Incidente precipitante en la teoría de la crisis, 17, 19
 Incompetencia, 48n
 Individuo deprimido y riesgo de suicidio, 329, 330
 Infancia, incidentes de crisis de, 51
 Infertilidad, 70
 Inflación como crisis económica, 95
 Insuficiencia renal y necesidad de intervención en crisis, 283, 284
 Integración, 28, 38, 446, 447
 Interacciones padre/hijo, interrupciones en, 92
 Interdependencia: de sistemas, 37, 38
 Intervención(es),
 educativo-psicológicas, etapas de, para situaciones de crisis, 369
 familiares, 1c; o, 192
 noción caplaniana de, durante las crisis vitales, 8
 Intervención en crisis, 8, 9, 12, 13
 abogados y asesores legales, a cargo de, 239 a 241
 análisis de posibles soluciones, 246
 contacto psicológico, realización del, 244, 245
 dimensiones del problema, análisis de las, 245, 246
 ejecución de acción concreta, 246
 primeros auxilios psicológicos en la entrevista acerca de asuntos legales, 244 a 247
 revisión de bibliografía, 241 a 244
 seguimiento, 247
 tendencias a futuro, 247, 248
 antecedentes históricos de, 6, 9
 bases de, 35
 comparación entre primera y segunda instancia, 108 a 111
 contexto, en su, 12
 definición de, 6
 efectividad de, 105
 fases de, 6
 desarrollo de programas de, 8
 enfermeras y otros profesionales de la salud, a cargo de, 269, 270
 aborto, 284, 285
 ancianos internados en hospitales, 277
 ayuda en situaciones aparentemente sin esperanza, 293, 294
 cirugía, 272 a 275
 discapacidad crónica, 285 a 288
 enfermedad en fase terminal, 277 a 281
 entrenamiento en Intervención en crisis, 292, 293
 insuficiencia renal, 283, 284
 muerte de un miembro de la familia, 281, 282
 nacimiento de niños subnormales, 275 a 277
 perspectiva a futuro para, 289, 290
 primeros auxilios psicológicos en, 295, 296
 repaso de bibliografía, 270
 temas de investigación, 2c; o a 292
 trauma en la unidad de cuidado intensivo, enfermedad crítica o, 270 a 272
 utilización de tareas de resolución de la crisis en tratamiento médico, 297 a 299
 enfoque preventivo de, 10
 escuelas, en, 367, 368
 adaptación de, 377
 entrenamiento de profesores y orientadores, 381

- evaluación de los servicios de crisis, 380, 381
 planeación de sistemas de suministro de servicio, 378 a 380
 primeros auxilios psicológicos en, 382 a 384
 terapia para, 384 a 387
 repaso de bibliografía, 368
 descripciones programáticas, 370, 371
 escritos teóricos, 368 a 370
 estudios de casos, 371 a 377
 estudios de investigación en, 46
 individuos con enfermedad mental grave y persistente, para, 315, 316
 análisis de las dimensiones del problema, 325, 326
 antecedentes, 316, 317
 cuatro tareas para la resolución de la, 342 a 348
 ejecución de acción concreta, 327, 328
 enfermedad mental y crisis, 317
 estudio de casos, 334 a 337, 348 a 352
 futuro de, 352 a 354
 inconstancia en los ambientes para el tratamiento, 321, 322
 maltrato físico y sexual, 322, 323
 mortalidad y enfermedad mental, 329, 330
 pérdidas familiares y financieras, 321
 posibles soluciones, análisis de, 326, 327
 primeros auxilios psicológicos en la, 323
 realización del contacto psicológico, 323 a 325
 seguimiento, 328, 329
 síntomas, 317, 318
 terapia para, 337 a 342
 modelo para investigación sobre, 433, 434
 estudios sobre proceso y resultado, 438 a 447
 naturaleza de las crisis vitales, 434, 436, 437
 ,oficia, a cargo de la, 251, 252
 acción concreta, realización de, 262 a 266, 267
 análisis de las dimensiones del problema, 260 a 262
 exploración de posibles soluciones, 262
 primeros auxilios psicológicos en, 256
 planteamiento de la escena, 256, 257
 realización del contacto psicológico, 257
- repaso de bibliografía, 252 a 256
 estudios evaluativos, 254, 255
 llamadas por crisis a la policía, 253, 254
 modelos de entrenamiento, 255, 256
 seguimiento, 266
 salas de urgencia de hospitales, en, 8, 301, 302
 pautas para suministro del servicio, 310
 coordinación con otros sistemas de suministro de servicios, 312
 entrenamiento del personal, 311
 espacio físico, 312
 evaluación, 312, 313
 política administrativa, 310, 311
 revisión de bibliografía, 302, 303
 complementación, 308 a 310
 patrones innovadores de reclutamiento del personal, 304, 305
 servicios especiales, 307, 308
 singularidad de, 10 a 13
 teléfono, por, 8, 104, 355, 356
 estudio de caso de, 358 a 360
 futuro de, 365, 366
 investigación acerca de la, 363 a 365
 primeros auxilios psicológicos medianamente, 360
 análisis de las dimensiones del problema, 361, 362
 asistencia en la realización de acción concreta, 362
 posibles soluciones, análisis de, 362
 realización de contacto psicológico, 360, 361
 seguimiento, 362, 363
 singularidad de la, 356 a 358
 trabajo/la oficina, en el, 389, 390
 ambientes laborales, 390 a 392
 repaso de bibliografía, 392
 ayuda proporcionada mediante los ambientes laborales, 396 a 398
 trabajo como causa de la crisis, 392 a 396
 tendencias a futuro para, 398 a 401
- Intrusividad, 25
 Inundación, 489
 Inversión de roles, 484

J

Journal of Life Threatening Behavior, 8
Journal of Pastoral Care, 224
Journal of Psychology and Theology, 224

L

- Laringotomía e intervención en crisis, 273
 Ley de Hansel, 104
 Libertad condicional, 73, 85
 Limitación física en los primeros auxilios psicológicos, 259
 Límites de tiempo en la teoría de la crisis, 24
 Líneas telefónicas de urgencia, 10
 Llegar a Ser dueño de Uno Mismo (LSDUM), 60

M

- Macrosistema, 35
 Madurez, incidentes de crisis en la, 55, 56
 "Maestro golpeado", síndrome del, 393
 Maltrato,
 niños, a los, 72, 73, 83, 84
 cónyuge, al, 83
 físico/sexual y necesidad de intervención en crisis, 322, 323
 Masaje, 489
 Mastectomía e intervención en crisis, 274
 Mediación,
 estrategia de acción en los primeros auxilios psicológicos, como, 262, 263
 resolución del divorcio, en la, 97, 98
 Meditación, 489, 490
 Menopausia, 49
 Mentor, separación del, 60
 Microsistema, 35
 Miembro de la familia, muerte de un, y necesidad de intervención en crisis, 281, 282
 Migración y reubicación, 75, 95
 Modalidad, en el perfil CASIC de personalidad, afectiva, 33, 155, 156, 178
 cognoscitiva, 34, 155, 156, 176
 comportamiento, del, 33, 155, 175
 interpersonal, 33, 155, 156, 176
 Modelamiento, 478, 483, 484, 490
 Modelo amplio para la intervención en crisis, 103, 104
 principios clínicos,
 comparación de la intervención en crisis de primera y segunda instancias, 108 a 111
 comportamiento del asistente, 106 a 108
 objetivos, 105
 oportunidad, 104
 valoración, 105, 106
 Modelo de intervención en crisis, influencia unificadora entre los profesionales de la salud, 9

- Mortalidad,
 enfermedad mental, y, 329 a 334
 evaluación de, en primeros auxilios psicológicos, 119, 127 a 130
 reducción de, como objetivo de los primeros auxilios psicológicos, 114
 Motivación, 10
 Movimiento(s),
 intervención en crisis, vínculo del movimiento de prevención del suicidio con, de, 26
 prevención del suicidio, para la, 7, 26, 355
 comunitarios de salud mental, 8
 Muerte,
 a destiempo, 80
 distinción entre la que es a tiempo y a destiempo, 80
 inesperada, 70, 71, 78 a 82
 miembro de la familia y necesidad de intervención en crisis, de un, 281, 282
 necesidad de intervención en crisis, y, 371 a 377
 ser querido, de un, 70, 71

N

- Negación, 25, 28
 Negociación como estrategia de acción en los primeros auxilios psicológicos, 263
 Niño(s),
 intervención en crisis con, 77, 78
 leucémico y necesidad de los padres de intervención en crisis, 280
 subnormales, nacimiento y necesidad de intervención en crisis, 275 a 277, 291
 No hacer caso a la persona en los primeros auxilios psicológicos, 260

O

- Objetivos,
 intervención en crisis, en, 105
 primeros auxilios psicológicos, de los, 114, 115
 Obstáculos, importancia del análisis de, en los primeros auxilios psicológicos, 122
 Organizaciones de conservación de la salud (HMOs), 397, 398
 Orientación,
 acerca de estar fuera del ámbito laboral, 395
 anticipatoria, 491
 duelo en ambientes laborales, para, 397
 estrategia de acción en primeros auxilios psicológicos, como, 263, 25

entes **JAVIE, 185**
 · suicida de adolescentes, 385
 :fraseo en primeros auxilios psicológicos, 261
 profesionales, papel de, en la intervención en crisis en la sala de urgencias, 306
 isde acción en primeros auxilios psicológicos, 133, 134
orol Psychology, 224
 :tración en el Mundo Adulto (PMA), 59
 ilCASIC, 29, 154 a 157, 160
 fectivo, 155, 156, 175, 176
)gnoscitivo, 155 a 157, 159, 176
 mportamiento, del, 155, 175
 tterpersonal, 155, 156, 176
 nalidad, de la, 33, 34
 NIIático, 155, 156, 176
 malidad, desarrollo de, en el curso de la vida, 47
 •nas como sistemas, 32, 33
 iectiva cognoscitiva de la crisis\ 19, 20
 :sde asistencia para empleados (EAPs), 397
 eamiento de red familiar para la intervención en crisis, 35
 :ar para alentar en primeros auxilios psicológicos, 258
 ía, intervención en crisis a cargo de la, 251, 252
ras de acción, diferencias entre facilitadora y directiva, 117, 125
 ntas, en primeros auxilios psicológicos, 260
 rradas, 260
 upaciones, 50
 ración de equipo de respuesta, 74, 75
 nción,
 maria, 11 a 13
 :undaria, 11, 12
 ciaría, 11 a 13
 lición del Suicidio y Atención e <:risis ca Ene County (Bófaló, Nueva), 7
 ición del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles, 7
1s auxilios psicológicos, 6, 8, 109, 110, 113
 :liente policíaco, en, 256
 acción a la salud, en ambiente de, 295, 296
 oponentes de, 115 a 117, 136 a 138
 análisis de posibles soluciones, 116, 120 a 122
 dimensiones del problema, examen de las, 116, 118 a 120.

ejecución de acción concreta, 117, 122 a 127
 realización del contacto psicológico, 115 a 118
 seguimiento, 117, 127
 consideraciones prácticas., B6 a 138
 entrenamiento, 405
 componentes, 409 a 413
 creación de sus propios casos para *role play*, 413, 414
 crisis y yo, las, 407 a 409
 módulos, 406, 407
 supuestos, 406
 entrevista acerca de asuntos legales, en, 244 a 247
 escuelas, en, 382 a 384
 manual de procedimiento, 151
 matrimonial, durante crisis, 139 a 146
 mentalmente enfermos, para ·pacientes, 323
 metas de, 114, 115
 pacientes bajo la influencia de alcohol y otras drogas, con, 120, 121
 respuesta a las amenazas de suicidio u homicidio, en, 123, 124, 127 a 130
 suicidio, en crisis de, 147 a 152
 teléfono, por, 360
 Principio de Peter, 48n
 Prioridades, determinación de, en la terapia para crisis, 192, 193
 Problema, dimensioe.del, en primeros auxilios psicológicos, 116, 118 a 120
 ambiente, en,
 atención ala salud, de, 295
 comunitario para enfermedad mental, 325, 326
 escolar, 382, 383
 policíaco, 260 a 262, 264
 orientación telefónica, en, 361, 362
 Procedimiento de inspección de armas, 324
 Profesional de la salud mental, papel del, 7
 Provocación de ira, 491
 Psicología,
 comunitaria, 13
 desarrollo, del, 7
 estudios de investigación en, 46
Gestalt, 193
 Psicopatología,
 adulta y significado de crisis vital, 7
 papel de la imaginiería en, 157
 Psicoterapia breve, eficacia del costo en, 9
 Psiquiatría,
 comunitaria, 13
 preventiva, 7

Q

Quemaduras, 70

R

Reacciones,
 mito de, de angustia, 88
 psicológicas, 74
 Recursos, durante la crisis,
 materiales, 29
 personales, 29
 sociales, 29
 Reducción de defenSaS en la teoría de la crisis, 21
 Reestructuración cognoscitiva, 477, 484, 491, 492, 499
 Reflexión sobre los sentimientos en los primeros auxilios psicológicos, 261
 Reforzamiento, 484
 Reincidentes y necesidad de intrvención en crisis en la sala de urgencias, 309
 Relación(es),
 terapéutica, establecimiento de una, 485
 causa-efecto, 39
 Relajación,
 diferencial, 492
 muscular profunda, 492, 493
 total, 492
 Repetición y vociff. lición., utilización de, en primeros auxltos psl cológicos, 259
 Resolución,
 adaptativa, 28
 crisis, de la,
 definición de, 27, 73
 tareas de, 177 a 179
 Resumen de Evaluación de Crisis, 445
 Retiro prematuro y necesidad de intervención en crisis, 395
 Retroalimentación, 483, 484, 493
 Revelación acerca de uno mismo en primeros · auxilios psicológicos, 261
 Risa, papel de, en la curación, 186
Role playing, 484, 493, 494

S

Salas de urgencias, uso de, para urgencias psiquiátricas, 302, 303
 Salud, 68 a 70, 76 a 78
 Seguimiento,
 ambiente escolar, en, 383, 384
 atención a la salud, en ambiente de, 296
 orientación telefónica, en, 362, 363
 primeros auxilios psicológicos, en, 117, 127

Sentimientos, expresión de, en terapia para crisis, 178, 180 a 182
 ambiente escolar, en, 386
 atención a la salud, en el ambiente de, 297, 298
 enfermos mentales, con, 342 a 344, 350
 orientación pastoral, en, 233
 Separación, 75, 76, 96
 Servicios,
 alcance externo, de, 99
 entrada libre para orientación, de, 104
 evaluación de los, para crisis. en el ambiente escolar, 380, 381
 Sí mismo, concepciones erróneas comunes acerca del, 158, 159
 SIDA, 69
 Silla,
 caliente, 494
 vacía, 182, 494
 Síndrome,
 enfermedad crónica, de, 77, 285 a 289
 Muerte Infantil Repentina, de, 70
 necesidad de intervención en crisis, y, 281, 292
 sobreviviente, del, 87, 88
 Sistema(s),
 familias como, 33 a 39
 funciones de, 38
 interdependencia de, 37, 38
 personas como, 32, 33
 servicio equilibrado, áreas de programación de, de, 8
 suministro de servicios, planeación para la intervención en crisis en el ambiente escolar, de, 378 a 380
 Situaciones que implican captura de rehenes, 75, 92
 Sobrecarga de exigencias, 49
 Sobrevivientes de los campos de concentración, 75, 91
 Solución de problemas, 23, 478, 494, 495
 entrenamiento en, 496, 497, 499
 racional, 23
 Soluciones, análisis de posibles, en los primeros auxilios psicológicos, 120 a 122
 ambiente, en,
 atención a la salud, de, 296
 escolar, 383
 policíaco, 262
 enfermos mentales, con los, 326; 327
 teléfono, por, 362
 Sucesos de la vida y estrés, relación entre, 68
 Suicidio,
 características comunes del, 128, 129
 factores relacionados con el riesgo de, 130 a 132

primeros auxilios psicológicos en, 147 a 152
 respuesta a las amenazas de, 127 a 130
 riesgo de, en enfermos mentales, 329, 330
 supervivencia física como tarea para la resolución de la crisis, 177 a 179, 232, 233
 atención de la salud, en ambiente de, 297
 Ambiente escolar, en, 384
 enfermos mentales, en, 342, 350

soff contra las autoridades de la Universidad de California, 134, 135

ta(s), 50

Isignaciones de, 480, 484, 489, 490, 499

lesensibilización en vivo, de, 499

nicas,

importamiento, de terapia del, 189

iaradójicas, 495, 496

erapia *Gestalt*, de, 494

silla vacía, 182, 494

lperamento, correlación de la temperatura con, 83

ría de la crisis, 15

:ircunstancial, 19

:lave cognoscitiva en, 19, 20

iomprensión de la actividad criminal a la luz de la, 84

lefinición de, 41

iesarrollo, para el, 19

iesorganización y desequilibrio, 20, 21

oestructura general de los sistemas, en la, 41

ases y etapas en, 24 a 26

ncidente precipitante, 17, 19

nfluencias teóricas en, 9, 10

límite de tiempo en, 24

-rincipios de; 16

Sultado de la, 26 a 30

mas de investigación, 41 a 43

rminos de, definición de crisis en, 16

rastomo en el enfrentamiento, 21 a 23

ulnerabilidad y defensas disminuidas en, 21

pia,

•reve para crisis, 13

:miliar, 496, 497

novadora de corto plazo, 9

itrimonial (de pareja), 497, 498

iccional Emotiva (TRE), 498, 499

os-TIDO limitado en intervención en crisis,

• de, io4

ja multimodal para crisis, 110, 153, 154

eterminación de prioridades, 192, 193

"aluación del resultado, 193, 194

xito y fracaso en, 217

:upos de terapia para crisis, 190

intervenciones familiares, 190 a 192

investigación de terapia para crisis, 194 a 196

manejo de la crisis de mitad de la vida en

el varón, 205 a 216

adaptación conductual/interpersonal, 214 a 216

dominio cognoscitivo, 212 a 214

entorno y funcionamiento previo a la crisis, 206 a 208

expresión de sentimientos, 211, 212

perfil multimodal de la crisis, 208, 209

presentación del problema e incidente precipitante, 206

seguimiento y evaluación, 216

supervivencia física, 211

tratamiento, 209, 211

supervivencia al ataque físico, 197 a 205

adaptaciones conductuales/interpersonales, 203, 204

dominio cognoscitivo, 202, 203

entorno y funcionamiento previo a la crisis, 198, 199

evaluación del seguimiento, 204, 205

expresión de sentimientos, 202

perfil multimodal de crisis, 199, 200

presentación del problema e incidente precipitante, 198

supervivencia física, 202

tratamiento, 200 a 202

tareas para la resolución de la crisis, 177 a 179

adaptaciones conductuales/interpersonales, 188, 189

dominio cognoscitivo, 177 a 179, 182 a 188

expresión de sentimientos, 177, 178, 180 a 182

supervivencia física, 177 a 180

valoración, 154

fuentes de información, 161

lista de verificación, 161

perfil CASIC, 154 a 160

supuestos de la, 160, 161

Terapia para crisis, .

a cargo del clero, 223 a 238

elementos de, 27

entrenamiento, 419

evaluación y planeación de tratamiento en, 419 a 422

facilitamiento de las cuatro tareas, 422 a 426

necesidad de flexibilidad en, 426, 427

escuelas, en, 384 a 387

éxito y fracaso en, 217

pacientes mentalmente enfermos, para, 337 a 342

propósito de, 28

Terminación, 25

Terrorismo, 75

Toma de decisiones, 499

función de los sistemas; mas de, 38

Tornados, 73, 86

Torrentes, 73, 86

Trabajadores sociales, papel de, en la intervención en crisis en la sala de urgencias, 304, 305

Tragedia de un corazón roto, 84 . . .

Tranquilización, papel de, en pnmeros auxilios psicológicos, 258

Transacciones de los sistemas, 36, 37

Transición(es), 48

crisis, como, 48 a 50

familiares y crisis, 56 a 58

mitad de la vida, de la, 61

Translaboración, 25, 27, 28

Trastornos,

estado de ánimo y realización del contacto psicológico en la intervención en crisis, del, 324

Estrés Postraumático (fEP), por, 75, 91, 92
 paranoides y realización del contado psicológico en la intervención en crisis, 324

TRE (Terapia Racional Emotiva), 498, 499

U

Unidad de terapia intensiva, enfermedad crítica o trauma en, y necesidad de intervención en crisis, 270 a 272

Utilidad, principio de, 38

V

Valoración secundaria, 23

Vejez. incidentes de crisis de, 55, 56

Violación, 82

ayuda externa para las víctimas de, 82

impacto a largo plazo de, 435, 436

necesidad de intervención en crisis en la sala de urgencias, y, 307

Violencia doméstica, 72, 83

Viudez, 49

Voluntarios. no profesionales, importancia de, para la ejecución de los servicios de crisis, 91

Vulnerabilidad en la teoría de la crisis, 21

W

Wellesley, Centro de Ayuda en Refaciones Humanas de, 7

V

Yoga, 489, 490, 500

