



320825
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

CAMPUS TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES
QUEMADOS HOSPITALIZADOS
(PROPUESTA DE TRABAJO)

TESIS QUE PRESENTAN:

DIANA VITALIA ARELLANO CAMARILLO

ERNESTO CHÁVEZ CHÁVEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

ASESOR DE TESIS: LIC. MARÍA EUGENIA
ANDALÓN SERRA



MÉXICO, D.F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El agradecimiento surge como una muestra de amor y sensible devoción a quienes con su paciencia, su estímulo y su ejemplo, han depositado en nosotros su confianza y corazón.

Vaya un reconocimiento a nuestros padres y hermanos, maestros y amigos fieles y a nuestra casa de estudios.

*Pero en primera instancia dirigimos un mil gracias a quienes motivaron la realización de esta investigación: **a los pacientes quemados**, por su dolor, por su fuerza y por su confianza en la vida.*

Diana y Ernesto

I N D I C E

INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO 1 QUEMADURAS		
1.1	DEFINICIÓN	2
1.2	ETIOLOGÍA	3
1.3	CLASIFICACIÓN	4
1.4	EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD	10
1.5	ASPECTOS SOCIALES Y FAMILIARES DEL PACIENTE QUEMADO	15
1.6	ASPECTOS PSICOLÓGICOS	16
1.7	EL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO	18
1.8	INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL EXTRANJERO	21
1.9	INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO	31
CAPÍTULO 2 INTERVENCIÓN EN CRISIS		
2.1	ANTECEDENTES	46
2.2,	DEFINICIÓN	50
2.3	TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	52
2.3.1	TEORÍA DE LA CRISIS DE GERARLD CAPLAN	54
2.3.2	TEORÍA DE LOS SISTEMAS	78
2.3.3	LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	91
2.4	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	112
2.4.1	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN (PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA)	120
2.4.2	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN (TERAPIA EN CRISIS)	129

2.5	INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS SALAS DE URGENCIAS DE HOSPITALES	138
2.6	INVESTIGACIONES REALIZADAS EN TORNO A LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN EL EXTRANJERO	141
2.7	INVESTIGACIONES REALIZADAS EN TORNO A LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN MÉXICO	148
2.8	INVESTIGACIONES REALIZADAS CON INTERVENCIÓN EN CRISIS EN PACIENTES QUEMADOS EN EL EXTRANJERO	152
2.9	INVESTIGACIONES REALIZADAS CON INTERVENCIÓN EN CRISIS EN PACIENTES QUEMADOS EN MÉXICO	153
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA		
3.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	156
3.2	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	156
3.3	TIPO DE ESTUDIO	157
3.4	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	157
3.5	ENFOQUE TEÓRICO	158

CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE TRABAJO

BIBLIOGRAFÍA

I N T R O D U C C I Ó N

Los loables esfuerzos realizados por parte de los centros hospitalarios, para llevar la psicoterapia a todos aquellos pacientes que la necesitan, ha hecho que se preste atención a las condiciones y al intenso sufrimiento que presentan los pacientes que padecen quemaduras provocadas por diversos medios y con diferentes grados de intensidad.

Es importante ayudar a que cada disciplina que participa en el cuidado de quemaduras, comprenda el papel de las otras. El cuidado con éxito de pacientes con quemaduras graves, requiere la atención de un gran número de personas, equipo y tiempo.

Esto incluye también la necesidad de abordar el trabajo con las familias de los pacientes quemados, dados los grandes requerimientos de apoyo por parte de éstos y la más alta comprensión del problema por parte de los familiares. Por otra parte se observa la poca o casi nula intervención del psicólogo en los centros que prestan servicios a los pacientes quemados con necesidad de ser hospitalizados, con lo cual se desaprovecha un valioso recurso para proporcionar una recuperación integral al paciente. Esto puede repercutir en una notable elevación de costos para el hospital, debido a que no se aborda al paciente en este importante aspecto.

Es por esta razón que ante un problema tan real, en este estudio se propone la implementación de la intervención psicológica para hacer de la terapia una empresa compartida e integral, en la que se utilice la motivación que el paciente tenga para mejorar.

La estructura de este trabajo presenta, en el primer capítulo, la definición del término "quemaduras" así como su etiología y clasificación, aborda también la evaluación de la gravedad, los aspectos sociales, psicológicos y familiares del paciente quemado, su hospitalización y, por último, hace referencia a las investigaciones realizadas al respecto en el extranjero y en México.

Se abordan en el segundo capítulo, los antecedentes, definición y teorías que sustentan la intervención en crisis, las estrategias de operación -la primera ayuda psicológica, la terapia en crisis- y el caso de intervención en salas hospitalarias de urgencias. De igual manera se mencionan las investigaciones de actuación en crisis efectuadas en México y en el extranjero así como estudios nacionales e internacionales de tratamiento en crisis en pacientes quemados.

En el tercer capítulo se hace referencia al aspecto metodológico, en el cual se registran el planteamiento del problema, los objetivos y tipo del estudio así como el nivel de investigación realizado.

Por último, se presentan las conclusiones y una propuesta de trabajo que podría ser tomada en cuenta para la intervención psicológica en crisis en pacientes quemados hospitalizados.

C A P I T U L O 1

Q U E M A D U R A S

1.1 DEFINICIÓN

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, por la acción de diversos agentes físicos, químicos o eventualmente biológicos que provocan alteraciones que varían desde un simple enrojecimiento, hasta la destrucción total de las estructuras afectadas (Benaim, 1968).

En esta definición generalizada de la "lesión quemadura", están comprendidos los conceptos generales de etiología y patología local, al mencionar los agentes capaces de provocar la quemadura y esbozar las alteraciones que producen. Generalmente se definen a las quemaduras como "lesiones provocadas en los tegumentos por la acción del calor" (Coiffman, 1986).

Sin embargo, es preferible hablar de alteraciones térmicas en los tejidos, porque en la práctica se aplica también el nombre genérico de quemaduras a las lesiones provocadas por el frío, las radiaciones, la electricidad, la acción irritante de seres vivos (insectos, aguas vivas, etc.) o los cáusticos químicos sobre los tegumentos o sobre otros tejidos (mucosas, árbol respiratorio, etc.) (Coiffman, op. cit.).

Dentro de la denominación general de quemaduras se distingue con nombres específicos cierto tipo de lesiones, que según el agente que las provoca, adquieren características particulares: son las congeladuras, producidas por el frío, las escaldaduras, causadas por líquidos calientes, las quemaduras ígneas, debidas a la acción directa del fuego, las quemaduras

eléctricas, producidas por la electricidad y las corrosivas, consecuencia de la acción de álcalis o ácidos.

1.2 ETIOLOGÍA

Las fuentes que provocan quemaduras son de muy variada naturaleza. El aumento de los elementos mecánicos en la industria, el incremento del número de artefactos de uso hogareño y el empleo cada vez mayor de la energía nuclear en la vida civil y en la fabricación de armas atómicas, han generado una nueva serie de factores etiológicos que se agregan a los ya conocidos desde épocas remotas, entre los cuales el fuego directo era el responsable del mayor número de éstas lesiones, pero como queda especificado en la definición, todos estos agentes pueden reunirse en tres grandes grupos:

1) Agentes Físicos, 2) Agentes Químicos y 3) Agentes Biológicos.

Los Agentes Físicos comprenden tres tipos de factores: térmicos, eléctricos y radiantes.

1) Factores Térmicos: Son todos aquellos cuerpos sólidos, líquidos o gaseosos, capaces de provocar en los tejidos alteraciones de su temperatura: en mayor grado (calor) o en menor escala (frio). Ejemplos: metales calientes, líquidos hirvientes, inflamables, explosiones de aparatos de calefacción y calentadores, hielo seco, aire helado, etc.

2) Factores Eléctricos: Pueden ser de origen industrial (corriente eléctrica) o atmosférico (descarga eléctrica).

3) Factores Radiantes: Son aquellos originados en todas las fuentes productoras de energía radiante: sol, elementos de aplicación terapéutica (radium, rayos X), liberación de energía nuclear (explosiones atómicas), etc.

Los Agentes Químicos incluyen todos los elementos causticos, ácidos o álcalis, que en su acción sobre los tejidos, originan destrucción de tipo corrosivo. De ahí su denominación de quemaduras corrosivas o químicas (fósforo, ácido nítrico, ácido muriático, sosa cáustica, etc.).

Agentes Biológicos: Algunos seres vivos, al entrar en contacto con los tejidos, provocan lesiones irritativas, cuyo cuadro anatomopatológico es idéntico al de las quemaduras, razón por la cual se incluyen en estas lesiones.

1.3 CLASIFICACIÓN

Existen diferentes clasificaciones para identificar las lesiones producidas por quemaduras.

La primera clasificación que se conoce es la de Fabricius Hildanus en 1607 (Coiffman, 1986), quien dividió las lesiones en tres grados:

Primer grado	Enrojecimiento
Segundo grado	Desecación
Tercer grado	Carbonización

En el año de 1832, Dupuytren realizó una descripción detallada de los distintos tipos de destrucción, clasificándolos en cuatro grados:

Primer grado	Eritema superficial sin formación de flictenas o ampollas.
Segundo grado	Inflamación cutánea con levantamiento de epidermis y desarrollo de vesículas llenas de serosidad.
Tercer grado	Destrucción parcial del cuerpo papilar.
Cuarto grado	Desorganización de la totalidad de la dermis hasta el tejido celular subcutáneo.

Boyer propuso, en 1893 (Coiffman, 1986), la designación en tres grados:

Primer grado	Eritema
Segundo grado	Formación de flictenas o ampollas
Tercer grado	Formación de escaras

En 1944, Converse y Smith hacen la propuesta para designar a las quemaduras, con el nombre de la capa cutánea afectada, denominándose de la siguiente manera:

Epidérmicas	:	Enrojecimiento superficial
Dérmicas		
Superficiales:		Levantamiento de flictenas
Dérmicas		
Profundas	:	No hay flictena. Destrucción parcial de la dermis. Conserva algunos elementos epiteliales.
Totales	:	Destrucción completa de la piel.
Combinadas	:	Combinación de varios de los tipos descritos.

Sin embargo el empleo de la palabra "grado" para identificar la profundidad de las lesiones, ha creado confusión en la medida en que se revisan las denominaciones anteriormente mencionadas, ya que los autores coinciden en ciertos casos, pero en otros sugieren lesiones diferentes.

Es por ello que para emplear el término "grado" para calificar la profundidad de una quemadura, debe especificarse a cual de los autores corresponde la clasificación elegida.

Sin embargo en esta exposición hemos elegido la clasificación propuesta por Coiffman y colaboradores, quienes desde el punto de vista práctico, relacionan la profundidad de la destrucción con las posibilidades evolutivas locales, identificando tres tipos de quemaduras:

- Tipo A.- Superficiales
- Tipo B.- Intermedias
- Tipo C.- Profundas

QUEMADURAS SUPERFICIALES (Tipo A): Son aquellas lesiones que afectan solamente la epidermis, parte de la dermis papilar o ambas. La conservación total o parcial de la capa germinativa, asegura una reproducción de células epidérmicas superficiales para reemplazar en un plazo de 7 a 10 días, los elementos epiteliales destruidos.

Comprenden dos subtipos: Eritematosas y Flictenulares.

Eritematosas.- La única alteración local es la vasodilatación del plexo vascular superficial cuya congestión da el color rojo característico que da origen al nombre eritematosas. Existe como consecuencia de esta congestión local, una irritación de las terminaciones nerviosas que producen escozor, prurito y a veces dolor. En este tipo de quemadura la destrucción es mínima y se reduce a una descamación de la capa córnea de la epidermis. La curación se produce espontáneamente; queda por un tiempo la hiperpigmentación local que desaparece con la descamación. Un ejemplo de este tipo es la quemadura que se produce por la exposición al sol por periodos no muy prolongados.

Flictenulares.- Se caracterizan por la aparición de una flictona o ampolla que se debe a la salida del plasma a través de la pared de los capilares del plexo superficial, cuya permeabilidad ha sido alterada. La

irritación y compresión de las terminaciones nerviosas hace que estas quemaduras sean muy dolorosas. La destrucción en estas quemaduras se circunscribe a la epidermis que se levanta en forma de ampollas llenas de un líquido amarillo, las ampollas pueden presentarse intactas o desgarradas por traumatismos externos, situación que aumenta el dolor, por la vecindad de las terminaciones nerviosas.

QUEMADURAS INTERMEDIAS (Tipo B): En estas quemaduras la epidermis se encuentra totalmente destruida, así como el cuerpo papilar y por tanto, no hay posibilidad alguna de regeneración epitelial al punto de partida del estrato germinativo. La epidermis y parte superficial de la dermis destruida, presentan un aspecto blanquecino que alrededor de los 10 días adquieren el aspecto típico de tejido mortificado y se forma lo que los autores denominan "escara intermedia". En estas lesiones no hay flictenas. Las terminaciones nerviosas de la red superficial también están afectadas, razón por la cual este tipo de quemaduras es poco doloroso.

La destrucción del estrato germinativo elimina la posibilidad de una restitución íntegra, por lo que la regeneración se produce a expensas de los elementos epiteliales remanentes, pertenecientes a folículos pilosos, glándulas sebáceas y conductos excretores de glándulas sudoríparas que no se afectaron por la destrucción.

Estos focos de epitelización crecen en forma progresiva y se expanden hasta ponerse en contacto unos con otros y unirse a las células epidérmicas provenientes de la piel sana. Todo este proceso se cumple en un

plazo de 3 a 4 semanas, obteniéndose una cicatriz plana que a veces se convierte en hipertrófica y eventualmente presenta cambios en su coloración con zonas hiperpigmentadas y otras decoloradas.

En otros casos, sea por complicación local (infección) o porque la presencia de la escara intermedia priva oxígeno a las células vivas remanentes, el proceso destructivo se profundiza e invade el resto de la dermis, convirtiéndose la escara intermedia en profunda. La designación de tipo AB, que proponen para identificar a estas quemaduras intermedias, obedece a la idea de situarlas entre las superficiales o tipo A, que siempre curan espontáneamente por regeneración epitelial y las profundas o tipo B, que por tener destruidas todas las capas cutáneas, no tienen posibilidad alguna de tal evolución. A cada una de las anteriores alternativas se les designa como de tipo AB-A a la primera y como tipo AB-B, a la segunda.

QUEMADURAS PROFUNDAS (Tipo B): Estas quemaduras se caracterizan por una mortificación completa de todos los elementos de la piel, incluyendo epidermis y dermis que da origen a la llamada escara. El área quemada aparece de un color amarillo negruzco, con aspecto acartonado, duro al tacto y a través de las capas superficiales coaguladas, puede observarse la trama vascular trombosada como las nevaduras de una hoja. Hay anestesia por destrucción completa de los elementos nerviosos cutáneos.

El tejido mortificado se delimita con exactitud con el correr de los días y se hace bien evidente alrededor de la segunda semana. Si se espera la evolución espontánea, se observa que la escara se elimina entre la tercera

y cuarta semana, apareciendo en el fondo tejido de granulación que va rellenando la pérdida de sustancia.

La epitelización se produce en estos casos únicamente a expensas de la periferia por avance convergente. Cuando la superficie cruenta es muy extensa, este proceso se hace lento y en ocasiones la capacidad de crecimiento de este tejido epitelial se agota, dejando ulceraciones crónicas residuales.

En el mejor de los casos se cubre toda la granulación de epitelio en un tiempo que varía con el diámetro de la pérdida de sustancia; queda siempre una cicatriz, que se hace retráctil en las localizaciones donde normalmente hay movimiento (pliegues de flexión, manos, cuello, cara) y determina secuelas funcionales y estéticas muy serias, que deben prevenirse aplicando el tratamiento correcto.

1.4 EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD

Los criterios para la evaluación de la gravedad de una quemadura se basan en el conocimiento de su profundidad, extensión, localización, edad del paciente, estado previo y lesiones concomitantes.

Por otra parte, esta evaluación puede ir dirigida a efectuar un pronóstico vinculado a la posible supervivencia del paciente, al tipo de secuela estética, funcional o ambas o a la repercusión psíquica que pueda dejar como saldo

Los factores enunciados se utilizan combinados para determinar los riesgos que en cada caso puedan presentarse.

GRAVEDAD EN CUANTO A LA VIDA:

La formulación de un pronóstico vital de una quemadura, se basa en la valoración conjunta de la extensión que ocupa la lesión en la superficie corporal y de las profundidades respectivas en cada una de las zonas afectadas.

La extensión de una quemadura puede medirse en centímetros cuadrados de piel afectada, lo que da una idea específica de cada caso, o bien en el tanto por ciento de superficie corporal, dato que permite generalizar conceptos.

Lund y Browder (1944), propusieron una tabla que permite establecer el porcentaje de cada zona topográfica del cuerpo en las distintas edades. En ella se aprecia cómo los valores del tronco y miembros superiores, son estables y cuál es la variación correspondiente a la cabeza, muslo y piernas.

Sin embargo, cuando no se dispone de la tabla mencionada, puede hacerse un cálculo rápido de la extensión de una quemadura, aplicando la llamada < *regla de los 9* >, descrita por Pulaski y Tennisson (1957). Esta regla, muy fácil de recordar, asigna valores de 9, a los diferentes segmentos del cuerpo, así a cabeza y cuello les corresponde un 9%; cada miembro superior

9%; parte anterior del tronco 18 %; parte posterior del tronco 18 %; cada extremidad inferior 18 %. El 1 % que resta, para completar c. 100 %, corresponde a la región genital o perineo. Esta regla, aunque no es de una precisión matemática, resulta suficiente para las necesidades de la práctica.

Regla de la palma de la mano: La superficie relativa de la palma de la mano de un adulto, equivale al 1 % de su superficie corporal. Esta regla consiste en estimar cuántas veces será necesario aplicar la palma de la mano sobre las zonas quemadas cuya superficie se desea calcular, obteniéndose así en forma directa el número que representará con bastante aproximación el porcentaje de área comprometida.

GRUPOS DE GRAVEDAD O FORMAS CLÍNICAS

PRONÓSTICO VITAL: De acuerdo con la extensión de la superficie afectada, se dividen a los quemados en "pequeños" y "grandes", y se estima que las quemaduras que no sobrepasan el 15% del área corporal, no ocasionan trastornos generales capaces de hacer peligrar la vida; en cambio, aquéllas cuya extensión es mayor del 15 %, determinan alteraciones humorales que pueden llevar a la muerte del paciente, pero no es tomada en cuenta la estimación de la gravedad que, como ya se ha revisado, es muy importante.

En reemplazo de esa denominación, que según el criterio de Benaim (1971), es insuficiente en la práctica, propone un nuevo lenguaje para distinguir la gravedad de las quemaduras a saber:

- Grupo I : Quemaduras leves
- Grupo II : Quemaduras moderadas
- Grupo III: Quemaduras graves
- Grupo IV : Quemaduras críticas

Los números romanos que califican los grupos respectivos, sirven por sí solos para distinguir con facilidad las cuatro formas clínicas designadas.

Sus mismos nombres informan sobre la posibilidad evolutiva y el riesgo de mortalidad en cada grupo, que será muy grande en el grupo IV; menos importante pero significativo en el grupo III; muy pequeño en el grupo II; y nulo en el grupo I.

GRAVEDAD POR LAS SECUELAS

Para determinar este pronóstico, se recurre a la valoración conjunta de la profundidad y localización de la lesión en estudio.

El diagnóstico de profundidad se determina utilizando los tipos A, AB y B descritos anteriormente.

Las quemaduras de tipo A, por lo general no dejan secuelas; las de tipo AB (intermedias), cuando evolucionan espontáneamente hacia la curación (AB-A), dejan cicatrices que varían desde las discromias, al queloide.

En las quemaduras de tipo B. si el injerto se efectúa adecuadamente, las secuelas son únicamente las que puede dejar la operación, pero cuando el injerto no se realiza en el momento oportuno o la técnica es deficiente, se originan retracciones cicatriciales que conducen a deformidades alarmantes.

Para la localización dividimos las regiones del area corporal en dos grandes grupos, según la importancia corporal, estética o ambas y además las designamos con los nombres de áreas de localización especial y general.

Localizaciones Especiales:

Comprenden las siguientes zonas: Cráneo, cara cuello, nuca, hombro, axila, codo, palma de la mano, dedos, cara palmar de la mano, dorso de la mano, dorso de los dedos, genitales, periné, región anal, rodilla, hueso poplíteo, región aquiliana y planta del pie.

Localizaciones Generales:

Son las zonas restantes en las cuales la producción de una secuela funcional, es mucho menor; a continuación se mencionan dichas zonas - Tórax, abdomen, espalda, nalgas, brazos, muslos y piernas.

1.5 ASPECTOS SOCIALES Y FAMILIARES

La quemadura grave exige la permanencia en el centro hospitalario por un período de tiempo que puede variar entre los 30 y los 60 días y luego una etapa de convalecencia que se prolonga con la rehabilitación hasta poder reanudar la actividad plena.

Esta situación crea alteraciones en la vida familiar, pues si el accidentado es el hombre, deja de trabajar y se reducen los medios económicos de la familia; si es una mujer, debe alejarse del hogar, desatendiendo a sus hijos; si es un niño, la madre ha de permanecer a su lado, dejando al resto de la familia sin su atención.

Además, las secuelas, a veces invalidantes, no permiten reanudar el trabajo anterior y crean situaciones de orden social que también deben tenerse en cuenta en un tratamiento integral.

Todos los problemas enunciados deben considerarse en su conjunto, aún cuando algunos adquieran prioridad cronológica o causal según la evolución del proceso y las características del paciente.

El tratamiento debe dirigirse a corregir cada una de las alteraciones en particular, sin perder de vista el conjunto. De ahí la necesidad de contar con un grupo profesional interdisciplinario bien coordinado para abordar con éxito esta terapéutica.

1.6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

El paso brusco de la normalidad a un estado de invalidez al encontrarse repentinamente en cama, sin poder autoabastecerse, el temor al sufrimiento que provocan las curaciones y otros actos terapéuticos necesarios para su tratamiento, la posibilidad de desfiguraciones o déficit funcionales como secuelas de las lesiones y muchas otras preocupaciones que surgen en la mente del quemado, crean problemas psicológicos importantes que deben ser atendidos desde un principio.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), en paciente quemado.-
Las víctimas de quemaduras experimentan con frecuencia este TEPT, que ha sido descrito por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (American Psychiatric Association) (Achauer, 1993).

Los síntomas de TEPT pueden ser:

- 1) Experimentar nuevamente el evento: Sueños, pesadillas, destellos parecen aliviar el acontecimiento (un intento para dominar retrospectivamente la ansiedad del suceso).

- 2) Torpeza psíquica o anestesia emocional: La falta de respuestas o la disminución de la participación con el mundo externo (pérdida de la capacidad para interesarse en actividades previamente importantes; incapacidad para sentir emociones de cualquier tipo, en especial intimidad, ternura, sexualidad muy disminuida).

3) Variedad de posibles síntomas psicofisiológicos: Labilidad del sistema nervioso autónomo, impotencia, cefalea, molestias gástricas, sudoración, palpitaciones, vértigos, fatiga, disminución del apetito, insomnio, hiperalerta, respuesta al susto exagerada, depresión, ansiedad, labilidad emocional, desmayos, alteraciones menstruales, espasmos musculares, pérdida de pelo, rechinado de dientes, temor, deterioro de la memoria, dificultad de concentración o para terminar labores, culpa por supervivencia, evitar actividades que pueden despertar recuerdos del acontecimiento, irritabilidad, explosiones esporádicas o no predecibles de conducta agresiva.

En ocasiones, al hacer el estudio profundo del componente psíquico, se advierte que ya existían anomalías previas al accidente que ocasiono su quemadura. En estos casos el tratamiento debe tener en cuenta esa situación, respetando, si la hubiera, la terapéutica anterior, a la que se agregara aquella que el estado actual del paciente aconseje.

Por otra parte, la psicoterapia de apoyo, mantenida durante todo el proceso de curación, permitirá alejar temores, devolver la tranquilidad y afrontar el futuro con la firmeza necesaria, cuando, pese a los esfuerzos terapéuticos, queden secuelas funcionales (mutilaciones) o estéticas importantes (Bernstein, 1976).

La labor del psicólogo debe extenderse también, si el caso lo requiere, al tratamiento del grupo familiar, para prepararlo a enfrentar situaciones nuevas, a veces difíciles y lograr su comprensión y colaboración.

En reuniones periódicas con todo el equipo tratante, se sugiere se lleven a cabo evaluaciones sobre la respuesta del paciente al tratamiento integral y se realicen de común acuerdo, los ajustes necesarios.

1.7 EL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO

Quienes han experimentado el trauma de una quemadura, como víctima o como personal de salud, concuerdan en que casi no existe una experiencia peor. Ambos grupos llegan a la misma conclusión, pero no por las mismas razones.

Profesionales de la salud y pacientes coinciden en que el dolor de la quemadura y todavía más los tratamientos: debridamiento, instalación de sondas, cambio de vendajes, terapia física, proceso de cicatrización después de la cirugía, son martirizantes.

Quizá el paciente sienta culpa por haber causado el accidente en el cual perdió la vida alguno de sus seres queridos, u otras personas y causó daños a la propiedad, con frecuencia de mayores consecuencias.

Aunque el paciente no sea directamente responsable del accidente, casi siempre presenta sentimientos de culpabilidad por haber puesto a sus familiares en ese terrible trance.

El tremendo costo económico del tratamiento y la pérdida de ingresos y propiedades, pueden ser abrumadores. Casi siempre hay separación prolongada de la familia, amigos, condiscípulos y colegas, lo que puede causar problemas, en especial después de abandonar el hospital.

También pueden quedar secuelas invalidantes, con frecuencia muy graves, incluyendo amputaciones múltiples en las extremidades superiores e inferiores de ambos lados, ceguera y en algunos casos sordera producida por ciertos antibióticos.

Cualquiera de estas experiencias, por sí sola, puede ser aplastante. Esta es la parte de la situación que el personal de la salud observa y siente, pero no son los factores que causan las mayores dificultades al sobreviviente. Lo más difícil para el que sobrevive a las quemaduras, parece ser la curiosidad de la gente.

Los profesionales encargados de cuidar a los pacientes entienden esto, en cierta medida, pero en general no tienen capacidad para ayudarlos a enfrentar el problema. Como técnicos, los especialistas en quemaduras consideran que tienen éxito cuando dan de alta a un paciente en las mejores condiciones posibles según las modalidades conocidas de tratamiento, considerando la extensión y naturaleza de las lesiones y la evolución del tratamiento.

La reconstrucción del rostro, manos funcionales, retorno con la familia y quizá al antiguo o nuevo trabajo, son las normas para juzgar el éxito. Estos parecen ser criterios razonables de recuperación; pero para muchos sobrevivientes no es suficiente y no es lo que ellos esperan.

El problema de las víctimas de quemaduras se complica aún más por otros dos factores. El primero es la posibilidad de curar lesiones tan graves que hace diez años hubiera sido imposible sobrevivir a ellas. Esto habla bien del sistema de atención a la salud. Los avances tecnológicos y otros adelantos científicos permiten vivir a pacientes con quemaduras de espesor completo que abarcan más de 90% de la superficie corporal. Sin embargo el otro aspecto de este maravilloso desarrollo es que ahora sobreviven pacientes con mucho mayor desfiguramiento que los casos ocurridos hace uno o dos decenios.

Los profesionales de la salud pueden sentirse satisfechos con los resultados técnicos de su trabajo, pero el paciente puede seguir sufriendo durante muchos años, incluso decenios, si no se le presta apoyo psicosocial oportuno.

Casi todos los pacientes pueden aprender a vivir con su invalidez. De algún modo encuentran la manera de manejar su existencia a pesar de los impedimentos físicos. Pero como ya se mencionó antes, lo difícil es enfrentar la mirada fija de la gente.

1.8 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL EXTRANJERO

Para la presente tesis se indagó en diferentes bancos de datos como Med Line, Psyc Lit, Artemisa y Revista Mundial de Cirugía sobre los trabajos publicados con respecto a qué se estaba preguntando el mundo científico de la medicina en el extranjero en favor del paciente quemado, independientemente del sexo, edad, posición social, actividad laboral, escolaridad y causas que originaron la quemadura corporal.

Países tales como Alemania, Singapur, Suecia, Australia, China, Canadá, Estados Unidos, Israel, Italia y Francia, tanto en sus hospitales como en sus universidades, han realizado una gran diversidad de estudios en los cuales se describen los avances del manejo del paciente quemado hospitalizado, tales como: quemaduras en los ojos, diferentes tipos y técnicas de colgajos, manejo inicial, manejo quirúrgico, manejo de membrana amniótica, diferentes tipos de injertos, fuentes de quemaduras, instrumental quirúrgico, manejo del trauma del estrés postraumático, etc.

A continuación se mencionarán algunos estudios realizados en el extranjero para el beneficio del paciente quemado y que se citan acompañados de una breve descripción en esta tesis para coadyuvar a aumentar el estado de conocimiento del tema:

El estudio elaborado por el Dr. William R. Clark, Jr. del Departamento de Cirugía de la Universidad del Estado de New York: "Inhalación de humo: Diagnóstico y tratamiento" publicado por la Sociedad Internacional de

Cirugía en la Revista Mundial de Cirugía en el año de 1992, menciona que la inhalación del humo, definida como la lesión de la vía aérea o del parénquima pulmonar resultante de la inhalación de productos tóxicos de la combustión, se presenta con una amplia gama de gravedad en pacientes y sin quemaduras de piel.

En pacientes con lesiones severas el diagnóstico es obvio con base en la historia y la presentación clínica; en pacientes con lesiones menos graves o en aquellos en quienes las repercusiones clínicas son tardías, la precisión diagnóstica se dificulta, ya que las claves diagnósticas proveen apenas información indirecta. No existe tratamiento específico y por ello el diagnóstico no es crítico en el manejo del paciente. Todos los pacientes se encuentran en riesgo: del 20 al 30 % de los afectados por llama deben recibir vigoroso cuidado de soporte.

La tasa de mortalidad por inhalación de humo sin quemadura es de menos de 10 % y con quemadura del 30 al 50 %, la cual sugiere que la lesión térmica o su tratamiento es responsable del mayor daño pulmonar. La intubación endotraqueal constituye el tratamiento definitivo en pacientes con obstrucción, sin embargo, el diagnóstico de inhalación de humo no es de por sí indicación para intubar la vía aérea e iniciar soporte respiratorio; 12 % de los pacientes sin quemadura requieren intubación versus 62 % en aquéllos con quemadura.

Un tubo translaringeo puede ser fácilmente convertido en una traqueostomía en los pacientes quemados: Las traqueostomías son más fáciles de

manejar si las quemaduras del cuello son reseca das e injertadas antes de construir la traqueostomía. La ventilación mecánica con PEEP es el tratamiento de la lesión pulmonar. Se concluye que las lesiones tempranas de la inhalación de humo con frecuencia avanzan en el contexto de la sepsis y otras complicaciones de las quemaduras a un estado clínico consistente con la dificultad respiratoria del adulto.

En la investigación de los Drs. Bergdahl B.J., Anneroth G. y Anneroth I. del Departamento de patología Oral de la Universidad de Umea de Suecia: "Estudio clínico de pacientes con quemaduras en la boca", publicada en la revista Scan-J-Dent-Res de la Universidad de Umea en Suecia, en 1994, se señala que el análisis y tratamiento de factores dentales y médicos que pueden causar las quemaduras en la boca se efectuaron en 25 pacientes consecutivos de acuerdo a un protocolo de tratamiento. El efecto del tratamiento dental y médico en la boca por quemadura fue evaluado. El perfil de la historia clínica fue presentado.

Aparte de los síntomas de la quemadura en la boca, los pacientes reportaron varios síntomas orales, tales como cambios gustativos, xerostomia, dolor de espalda y musculares y articulaciones, dolor de cabeza y desvanecimientos. Los diagnósticos dentales más comunes fueron unión temporomandibular, disfunción masticatoria y del músculo de la lengua y lesiones en la mucosa oral. Los diagnósticos médicos más comunes fueron de baja cantidad de hierro en el suero y reacción hipersensitiva al mercurio.

Ninguno de los pacientes examinados excedió el límite de 100 nmol Hg/l urino. El cambio de temperatura de amalgama fue la terapia dental más común, seguido por el tratamiento de disfunción en el sistema de masticación. El cambio de hierro fue el tratamiento médico más frecuente. Los pacientes tenían por arriba del 50 % más de días por año de historia clínica que la población normal en sexo y edad. Un seguimiento reportó que las quemaduras de la boca había desaparecido en el 32 % de los pacientes. Este estudio confirmó la opinión de que la quemadura en la boca es multicausal.

La reacción hipersensitiva al mercurio fue más frecuente de lo esperado, pero el cambio de la tapadura de amalgama mitigó la quemadura de la boca en solamente dos de cinco de tales pacientes y uno de estos dos pacientes tuvo reacciones hipersensitivas a mercurio y oro. Una razón por la que tantos pacientes continuaron teniendo quemaduras de boca pudieron haber sido por descuido en el diagnóstico dental, médico o ambos.

El Dr. Ngim-RC, del Departamento de Cirugía Plástica del Hospital General de Singapur, publicó en la Revista Médica de Singapur, en 1992, el artículo: "Epidemiología de quemaduras en niños en Singapur", en el que presenta una revisión retrospectiva de 2288 niños de 12 o menos años, admitidos en el Centro de Quemados del Hospital General de Singapur entre 1978 y 1988. Las admisiones promedio anuales de 1978-85 fueron de 208 a 290 casos [32-38 % de todas las admisiones].

Entre 1986 y 1988 las admisiones promedio anuales fueron de 73 a 104 casos [22-28 % de todas las admisiones]. Hubo una reducción tanto en el

número como en la proporción de niños admitidos; las principales causas para este cambio se debieron a la exitosa campaña a nivel nacional de la prevención contra el fuego y de los accidentes en las casas, así como el cambio de política en la admisión e introducción de nuevos vendajes para tratar las quemaduras menores.

Los niños constituían el 62 % de las admisiones. Los más pequeños, con edades de entre uno y dos años, fueron más vulnerables [26 % de admisiones] y los niños de menos de tres años contaron el 50 % de las admisiones. El ochenta y cinco por ciento de los quemados eran del 10 % o menos. La duración de la estancia fluctuó entre 8 y 12 días.

La causa más común de las heridas fueron las escaldaduras [90 %] y quemaduras con fuego 6 %. El fuego causó la muerte de seis niños y las escaldaduras otros tres. Hubo nueve muertes en esta serie dando una mortalidad del 0.4 %. La mortalidad infantil constituyó el 5.4 % de la mortalidad total del centro de quemados.

La edad por sí misma no contribuyó a una mortalidad más alta. Había una correlación definitiva derivada del grado de las quemaduras. Solamente un niño murió de quemaduras de menos del 40 %. El caso de mortalidad en el 40-60 % del grupo de quemados fue de alrededor del 20 % y se incrementó severamente cuando el grado de quemados alcanzó el 70 %. Las quemaduras en los niños exhibían diferencias anatómicas, fisiológicas, quirúrgicas y rehabilitativas cuando se compararon con los adultos.

En otros estudios, médicos psiquiatras a través del DSM III, han identificado el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes quemados. Algunas investigaciones realizadas en torno a este trastorno son:

El artículo: "Pronósticos de Trastornos de Estrés Postraumático después de una quemadura" de Perry Samuel W., Dified Joann y Musngi Gloria, publicado en la Revista de Psiquiatría Americana, Estados Unidos de Norte América, en julio de 1992. Dicho artículo refiere que fueron evaluados 51 pacientes adultos quemados una semana después de la herida, con pronósticos objetivos (porcentaje del área quemada y desfiguración facial) y pronósticos subjetivos (angustia emocional y ayuda social recibida).

Los pacientes fueron estimados 2, 6 y 12 meses más tarde por el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático (T.E.P.T.). A los dos meses, 18 de los pacientes (35.3 %) mostraban criterios de TEPT. Altas evaluaciones de TEPT, fueron también encontradas a los 6 meses (40 % de los 40 pacientes disponibles).

La severidad de la angustia emocional y los pensamientos destructivos y evasivos, fueron asociados con el concurrente TEPT en las tres siguientes estimaciones.

Se pronosticó TEPT por estimaciones subjetivas variables, pero los pacientes con quemaduras más severas no parecían tener probabilidades de desarrollar TEPT.

Los españoles Jesús Pérez Jiménez, Graell Berna M., Pérez Sales P. y Orengo F., publicaron los resultados de la investigación: "El Trastorno por Estrés Postraumático en Pacientes Quemados" en la revista Anales de la Psiquiatría en 1992. Estudiaron las características presuntamente psicológicas y físicas y el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático entre pacientes quemados.

Los pacientes quemados examinados en este trabajo incluyeron a 35 hombres y mujeres hispanos adultos, con una edad promedio de 33.6 años; los datos de los pacientes (estado civil, nivel de educación, ocupación, historial psiquiátrico, consumo de alcohol y aspectos médicos y físicos) se obtuvieron durante una entrevista semiestructurada usando el protocolo de enlace psiquiátrico para la unidad de quemados.

Se efectuó un seguimiento de dos meses, y se concluyó que la incidencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) se presentó durante la primera semana después de la quemadura y se determinó entre 45 a 60 días.

En 1989, Stoddard Frederick-J., Norman Dennis-K., Murphy J. Michael y Beardslee William-R., de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de Washington, DC., publicaron en la revista de la Academia, la investigación: "Resultado psiquiátrico de niños y adolescentes quemados".

Entrevistaron a 30 niños y adolescentes de 7 a 19 años con quemaduras severas y a 30 niños sin quemaduras, igualaron los controles de

acuerdo con criterios del Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-III), y llegaron a los siguientes resultados: los niños quemados tenían niveles significativamente más altos de trastornos de una sobre ansiedad, fobias y enuresis, pero tenían también algunas evaluaciones de trastornos depresivos presentes los no quemados.

Perry Samuel W., Cella David F., Falkenberg John y Heidrich George, de los Estados Unidos de Norte América publicaron en 1987, en la Revista Manejo del Dolor y sus Síntomas, el artículo: "Percepción del Dolor en Pacientes Quemados con Trastorno de Estrés".

En este artículo se consideró a un grupo de 104 pacientes en un centro de quemados, practicándose un estudio de analgesia para determinar la relación entre los síntomas corrientes de trastorno de estrés posttraumático (PTSD) y dolor experimentado durante la curación de la herida (desbridación). 43 pacientes que recibieron los criterios del Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) para el (TEPT) fueron diferentes de los 61 que no recibieron dichos criterios.

Como se pronosticó, ellos reportaron más dolor, a pesar de dosis equivalentes de medicamentos analgésicos, también tuvieron quemaduras más grandes y una alta prevalencia de delirio según el DSM-III y a pesar de la menor responsabilidad por la quemadura, se sentían más culpables por el evento, sobre todo los pacientes hombres, casados y empleados.

A continuación se reportan algunos estudios en los cuales se menciona la importancia de la intervención psicoterapéutica rápida y efectiva en los pacientes quemados y en sus familiares, por el desajuste emocional que también padecen.

El Dr. Pruzinsky Thomas, de los Estados Unidos, publicó: "La ayuda del cirujano plástico y del médico psicoterapeuta. Cirugía reconstructiva después de las quemaduras" en 1989 en la Revista Internacional Médico Psicoterapeuta. En su estudio describe los beneficios de la colaboración entre los médicos psicoterapeutas (MPs) y los cirujanos plásticos que estiman y tratan a los pacientes que reciben cirugía reconstructiva después de las quemaduras.

Revisiones de la literatura y la experiencia clínica son usados para describir el impacto psicosocial de tales quemaduras. También se determinan diferentes fases de la cirugía reconstructiva e intervenciones asociadas del Médico Psicoterapeuta dirigidas a los pacientes, las familiares, y/o el personal del cuidado de la salud.

Estas fases incluyen: (1) necesidades físicas severas, (2) rehabilitación inicial física y psicológica incluyendo la evaluación para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), y (3) el ajuste a largo plazo y rehabilitación. Al concluir, Pruzinsky hace énfasis en la articulación racional para las intervenciones del Médico Psicoterapeuta y la ayuda más estrecha entre todos los miembros del equipo del tratamiento para mantener altos estándares del cuidado del paciente quemado.

En 1992, la Dra. Anantharaman-V., del Departamento de Accidentes y Medicina de Urgencias, del Hospital General de Singapur divulgó, en la Revista Médica de Singapur, su investigación: "Siniestros con Quemaduras Masivas: Etiología, Predisponiendo Situaciones y Manejo Inicial". En su examen manifiesta que son muchos los agentes que se encuentran diariamente al causar quemaduras masivas. Estos incluyen: fuego, agua caliente y vapor, gases combustibles y líquidos, líquidos hirvientes. Todos ellos originan un siniestro cuando faltan ciertas medidas de seguridad.

El manejo apropiado de tales víctimas de quemaduras comienza con el rescate. En el lugar del siniestro, es importante separar a los vivos de los muertos, establecer prioridades para el tratamiento inicial y luego enviarlos a una institución apropiada.

El manejo indicado requiere del esfuerzo de equipo y debiera de continuarse en camino al hospital. Repetir el triaje y el uso de lineamientos claros en el departamento de emergencias asegura un rápido y óptimo cuidado de los accidentados. Finalmente la ayuda psicológica para las víctimas, familiares, rescatistas y trabajadores de la salud no debe de ser olvidada.

El médico español Hugo F. Carvajal, en 1990, en la Revista Pediatría de España informa sobre los hallazgos de su investigación: "Quemaduras en niños y adolescentes: manejo inicial como el primer paso en una rehabilitación exitosa". Manifiesta que las quemaduras, las más devastadoras conocidas, son la primera causa accidental de muertes. Aproximadamente una tercera parte de estas muertes ocurren en niños menores de 16 años. En este

grupo, las quemaduras son la principal causa de muertes accidentales en casa. La rehabilitación exitosa comienza con el manejo inicial adecuado, los efectos físicos y psicológicos deberían dirigirse independientemente, y la terapia debiera incluir a la familia entera.

"Los Efectos Psicológicos de las Quemaduras: Una Revisión de la Literatura" es el título del artículo del Dr. ingles Fleet Jo, en la Revista Terapia Ocupacional, 1992. Fleet concluye que el apoyo social brindado a los pacientes adultos quemados durante el proceso de ajuste y el subsecuente regreso al trabajo, es valioso durante la rehabilitación pero requiere más ayuda profesional.

1.9 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO

La Asociación Mexicana de Quemaduras, A.C. - fundada hace 25 años por los doctores Román Calderón, Becerra Carreti, González Rentería, Jesús Alvarez Canelo y Samuel Fuentes Aguirre entre otros-, integra un grupo interdisciplinario constituido por médicos internistas, cirujanos plásticos, dietólogos, pediatras, enfermeras, trabajadoras sociales etc.

Este grupo tiene un objetivo común: brindar mayores y mejores alternativas para la recuperación del paciente quemado. Actualmente, se ha incrementado el número de miembros a 70, encontrándose dentro del grupo también a un psicólogo. La asociación se encuentra reconocida por el Consejo Mundial de Quemaduras, cuya sede se encuentra en Estados Unidos.

Existen miembros de esta sociedad que han realizado investigaciones dentro del área que nos ocupa, las cuales han sido publicadas en la Revista de Salud del Departamento del Distrito Federal y en la Revista de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica y Reconstructiva; esta información, sin embargo, no ha sido ingresada a los bancos de datos internacionales, por lo que no se encuentra constancia en estos medios informativos de dichos estudios.

En el banco de datos Artemisa, se localizaron dos investigaciones referentes a pacientes quemados en México, las cuales se describen a continuación:

A) María Flores Méndez, Ricardo Neri-Vela y Javier Orozco Sánchez realizaron el estudio: "Quemadura en Pediatría" en el Hospital Pediátrico "Xochimilco" del Departamento del D. F. El análisis se efectuó para conocer las circunstancias en que ocurrieron las quemaduras y las características clínicas de los niños quemados en un hospital pediátrico mexicano.

Se revisaron los expedientes de 161 pacientes; 102 varones y 59 mujeres hospitalizados durante 1989. Los criterios de hospitalización fueron: quemaduras grado II superficial, mayor del 10% de superficie corporal quemada; quemaduras grado II profundo y grado III, mayores de 2% de superficie corporal quemada; circulares y en reas especiales.

La mayoría ocurrieron en el hogar, la evolución previa al ingreso fue mayor de 24 hrs. en 33 pacientes. La extensión fue de 2 a 90% ; en 38.5%

de los casos se hallaron quemaduras grado II superficial, las grado II profundo en 47.8% y las grado III en 13.7%. Las extremidades inferiores fueron las regiones más afectadas (88 casos).

El tratamiento quirúrgico fue dermoplastia temprana en 129 pacientes, 32 requirieron de aseos quirúrgicos y desbridación; fallecieron 11 pacientes. Las quemaduras grado II superficial predominaron en lactantes mayores, las grado II profundo y grado III en escolares.

El tiempo previo a la hospitalización tuvo relación directa con la mortalidad, los pacientes de mayor edad, tuvieron quemaduras más graves, la mayoría de las defunciones se debieron a septicemia. El tiempo de evolución de la quemadura previo a la hospitalización, guarda una relación directa con la mortalidad ya que el retraso en la administración de líquidos y el riesgo de contaminación, empeoran el pronóstico.

En estos pacientes hospitalizados se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, lugar donde se sucedió la quemadura, mes en que ocurrió, evolución previa al ingreso, tiempo de hospitalización, agente causal, extensión, profundidad, reas corporales afectadas, tipo de cirugía, causa de muerte, nivel socioeconómico, escolaridad de los padres, condiciones de las relaciones familiares al tiempo del accidente, estas se evaluaron por entrevistas con la familia realizadas por un psicólogo.

Este análisis concluyó que las familias de los pacientes estudiados, en su mayoría provenían de nivel socioeconómico bajo y los padres

presentaban problemas de relación de pareja en el momento del accidente, sin especificar que tipo de problemas.

Se observa que en este estudio de pacientes quemados, intervinieron psicólogos, pero sólo para llevar a cabo la encuesta y a pesar de que uno de los factores que produjeron la quemadura, como es el desequilibrio de las relaciones maritales, no se desarrolla un plan psicoterapéutico para la solución de los conflictos conyugales, para que los padres solucionen sus diferencias, brinden apoyo emocional a su familiar quemado y así mismo evitar que este factor sea la causa de nuevas desgracias en el hogar.

B) María de Lourdes Moscoso Ruelas y Juan Manuel Ortiz Mendoza realizaron la investigación: "**Variación ponderal en pacientes con quemaduras extensas**" en el Departamento de Quemados del servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva del Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" del IMSS. El objetivo del estudio fue el cálculo de la pérdida ponderal y del aporte nutricional aplicable a ese control de pérdida de peso en base al metabolismo proteico.

La investigación se dividió en dos fases: La primera consistió en la obtención de determinaciones de pérdida ponderal, con la cual se correlaciona la pérdida proteica y se elabora un programa de alimentación compensatoria.

En la segunda etapa se administró la terapia nutricional, tomando en consideración los resultados del estudio inicial y se determinó la resultante. La fase catabólica del quemado dura aproximadamente de dos a tres semanas y se caracteriza por balance negativo de nitrógeno y pérdida de peso. Durante ésta, el metabolismo basal aumenta del 40% al 100% en pacientes con más del 20% de superficie corporal quemada, como consecuencia de alteraciones neurohormonales de los mecanismos que regulan la energía. Este hipermetabolismo está regulado por una elevada secreción de catecolaminas, glucagon y glucocorticoides.

La respuesta metabólica comienza uno o dos días después de la quemadura y alcanza su nivel máximo al final de la primera semana y dura aproximadamente 33 días. Resulta generalmente de una combinación de bajo consumo de nitrógeno y elevada síntesis de urea. Ambas respuestas, metabólica y hormonal están influenciadas por la severidad de la lesión, el stress, la hidratación, el estado psicológico del paciente, su edad, sexo y estado nutricional previo.

Se pudo observar en este estudio que, a pesar de que se dan cuenta que tanto las respuestas tanto metabólicas como hormonales están influenciadas por el stress y el estado psicológico del paciente, no existe algún tratamiento psicoterapéutico para dar un sentido al stress y al estado emocional del paciente.

Cabe hacer notar que, en los dos estudios descritos, se observan alteraciones psicológicas evidentes que afectan el buen curso de la

recuperación, sin embargo es notoria la falta de atención psicoterapéutica en este tipo de paciente.

En el banco de datos de la Biblioteca Central de la UNAM se localizaron Tesis que hablan del paciente quemado, pero que en algún momento toman en cuenta el aspecto emocional. Dichos trabajos son los siguientes:

A) González Bautista, Alvaro Antonio: "El paciente pediátrico quemado: experiencia en una unidad de quemados". Carrera: Especialidad en Pediatría Médica. FACULTAD DE MEDICINA. México: UNAM, 1994.

Entre las conclusiones de esta investigación se menciona que a través de conferencias, pláticas, e información escrita, en escuelas, centros de trabajo, unidades médicas, e inclusive por medios masivos de comunicación y por parte de maestros, médicos, trabajadores sociales, entre otros, se podría evitar un daño que no es solamente físico, sino también psicológico, familiar, social y económico.

Es necesario crear conciencia entre la población en general de la trascendencia de las quemaduras en los niños por lo que, en caso de producirse un percance, es necesario contar con todos los recursos, tanto materiales como humanos, para poder resolver el problema en el menor tiempo posible, tratando de reintegrar al paciente a la sociedad con el menor número de secuelas.

B) Whalley Sánchez, Jesús Alfredo: "Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados: escala HAD como herramienta diagnóstica".

Carrera: Especialidad en Psiquiatría. FACULTAD DE MEDICINA, México: UNAM, 1992. El Dr. Whaley Sánchez concluye en su investigación con la escala HAD, como una herramienta diagnóstica, que las pacientes del sexo femenino desarrollan un alto grado de Ansiedad, Depresión y Trastorno del Estrés Postraumático con respecto a pacientes quemados del sexo masculino.

C) Ramírez Ovando, Silvia Teresita: "Determinación de glicemias en pacientes quemados". Carrera: Especialidad en Pediatría médica, FACULTAD DE MEDICINA, México: UNAM, 1991. En esta investigación la Dra. Ramírez Ovando, manifiesta que el paciente pediátrico quemado presenta trastornos metabólicos, respuestas neurohumorales, cambios masivos de líquidos y electrolitos, sepsis, y efectos sistémicos de la destrucción tisular, así como a nivel de su psiquis (Flores, 1985), por lo que se necesita un alto grado de coordinación de los cuidados, requiriendo de muchos especialistas, con grandes necesidades de atención médica (Pediatra, Intensivista, Cirujano Plástico Reconstructivo, Psicólogo, Terapeuta y Trabajadora Social), a demás de un gran número de recursos diagnósticos y terapéuticos especializados (Aguilar, 1988)

D) Rangel Zarza, Leticia: "Trabajo Social y la importancia de la atención post-hospitalaria a los niños quemados". Carrera: Licenciado en Trabajo Social, ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, México: UNAM, 1993. En esta tesis se concluye que las quemaduras son ocasionadas en su mayoría por descuido de los padres, además del daño físico se provoca daño psíquico y la desintegración social del individuo; existen dos tipos de tratamiento: el médico y el psicológico, tanto en el periodo hospitalario como post-hospitalario. Así mismo manifiestá que las instituciones hospitalarias no

privadas no cuentan con los recursos financieros para atender a los lesionados por quemaduras, ya que el costo económico y social que ello implica es muy alto.

Refiere Leticia Rangel que, a fin de dar una atención integral al quemado, se creó el Instituto para la Atención Integral del Niño quemado (que trabaja en coordinación con el Hospital Infantil de Xochimilco), mismo que se encarga de dar atención a los problemas psicológicos, médicos y sociales, tanto en períodos de hospitalización como después de éste.

En el Instituto se ha observado que en los últimos años los niños sólo acuden algunas veces o bien nunca a recibir el tratamiento. Fueron diseñadas y aplicadas dos cédulas de entrevistas, una dirigida a los responsables del menor y otra a los profesionistas que laboran en el instituto, la cual arrojó el siguiente resultado: más de la mitad de los menores quemados presentó quemaduras graves, que le produjeron cicatrices hioertróficas, así como alteraciones en su conducta.

Se señala que a pesar de que en su mayoría fueron citados al Instituto aproximadamente cada semana, ninguno de ellos terminó su tratamiento. Tal es el caso de los niños atendidos en el período de enero de 1991 a junio de 1992: de los cuales sólo el 3% (de un total de 240), regresaron a recibir el tratamiento.

También menciona L. Rangel que se logró comprobar que la falta de participación de los responsables del menor en el tratamiento post-

hospitalario se debe a que desconocen en qué consiste el tratamiento post-hospitalario, la situación económica de estas familias es precaria, sus ingresos sólo les permiten satisfacer sus necesidades mínimas, así mismo comprueba que los responsables del menor quemado muestran interés por la salud del paciente, y los padres de familia manifestaron disponer del tiempo necesario para acudir al Instituto.

Se encontró que los profesionistas que laboran dentro del Instituto tienen poco de haber ingresado al mismo, la mayoría de ellos (cinco) son pasantes y si bien algunos de ellos tienen experiencia dentro de su profesión, ninguno la tiene en el área de quemaduras, lo que corrobora la falta de experiencia de estos profesionistas en dicha área de trabajo, la autora de la investigación manifiesta que ante esta situación se hace la necesaria intervención de un profesionista como lo es el trabajador social, en el área y proceso post-hospitalario, ya que su formación le permite implementar los medios e instrumentos necesarios para abordar el problema de la escasa participación de los pacientes en la rehabilitación post-hospitalaria.

La autora de esta tesis sugiere que el Lic. en Trabajo Social desarrolle acciones educativas a través de pláticas, elaboración de carteles, etc., dirigidas a los familiares del paciente a fin de que comprendan la importancia del tratamiento post-hospitalario, así como los servicios que proporciona el Instituto. Así mismo que los profesionistas que laboran dentro de la institución ordenen de manera coherente sus actividades para que los pacientes no tengan que esperar un tiempo prolongado para ser atendidos. Que

el Lic. en Trabajo Social informe al familiar del menor los avances en el tratamiento psicológico del paciente. Que cada uno de los profesionistas elabore un programa de trabajo a fin de realizar actividades concretas y coordinadas con las distintas áreas de trabajo.

E) García flores, María de Lourdes: "La contribución del Trabajo Social en el tratamiento a niños quemados con secuelas biopsicosociales", Carrera: licenciado en Trabajo Social, ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM, 1991. En esta Tesis se rescata que la participación del área de psicología en la atención a niños quemados por parte del hospital infantil de Xochimilco incluye actividades como las siguientes:

- 1.- Elaboración de la historia clínica
- 2.- Aplicación de pruebas psicológicas de diagnóstico
- 3.- Visita a sala de quemados diariamente
- 4.- Psicoterapia de apoyo en la sala
- 5.- Psicoterapia individual
- 6.- Clínica del dolor en curaciones y clínica del dolor en baño
- 7.- Terapia de juego
- 8.- Terapia de grupo dirigidas a padres de familia
- 9.- Terapias de grupo dirigidas a pacientes y hermanos de los mismos

Entre las conclusiones de este trabajo cabe rescatar: que los problemas familiares diversos impiden de alguna manera la continuación y finalización del tratamiento al que está sometido el paciente quemado, algunos problemas de estos son de tipo económico, de distancia y escasez de tiempo,

entre otros. Las reacciones de los familiares a raíz del accidente incluyen sentimientos de culpabilidad, sobreprotección, mayor precaución familiar dirigida a los padres del paciente, conflictos entre los padres, entre otros.

F) Colín Calderón, Angélica: "Estudio de frustración en madres de niños quemados, Carrera: Licenciado en Psicología, ESCUELA DE PSICOLOGÍA, MÉXICO: UNIVERSIDAD CONTINENTAL, 1989. En las conclusiones de esta investigación se manifiesta que la reacción a la frustración en las madres que tienen un hijo quemado, fue impunitiva, y como respuesta a la amenaza que experimenta el ego de estas mujeres, con el accidente sufrido por su hijo.

Se indica que estas respuestas impunitivas pueden ser encubridoras de deseos agresivos inconscientes muy intensos, que si fueran expresados constituirían una amenaza para la madre, resultando así más útil reaccionar impunitivamente y así mismo que la edad no es una variable que afecte directamente a las reacciones que emiten las madres cuando están frustradas .

G) Giraldo Buitrago, Ma. Teresa: "Características depresivas observadas a través del CDS (cuestionario de depresión para niños) en un grupo de 30 sujetos quemados)". Carrera: Licenciatura en Psicología, ESCUELA DE PSICOLOGÍA, MÉXICO: UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO, 1993. De acuerdo a los resultados la investigadora concluye que:

1.- Existe interacción entre las variables (sexo-nivel-socioeconómico, tipo de paciente-apoyo- psicológico y lugar de lesión-tipo de quemadura) en relación a la presentación de características depresivas.

2.- Se observan características depresivas en los sujetos que sufrieron quemaduras.

3.- Los sujetos que se quemaron con fuego directo muestran mayor depresión que aquellos que tuvieron lesiones por escaldaduras o por electricidad.

4.- Los sujetos que se quemaron con fuego directo muestran mayor respuesta afectiva que el resto de los sujetos.

5.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo, manifiestan más dificultades en la interacción social mostrando actitudes de aislamiento y soledad.

6.- Los sujetos que sufrieron quemaduras por fuego directo muestran una mejor actitud hacia sí mismos, con un mejor concepto en relación a su autoestima, que aquellos que tuvieron lesiones por escaldaduras.

7.- En cuanto al lugar de la lesión, los sujetos que se lesionaron el hemitórax muestran mayor depresión que los que se lesionaron la cara o extremidades superiores e inferiores o incluso genitales.

8.- En relación a la gente y al lugar de la lesión, se observa mayor depresión en aquellos sujetos que tuvieron heridas en cara y extremidades superiores con fuego directo.

9.- Los sujetos de menor edad poseen mejor concepto y actitud hacia sí mismos que los pacientes de mayor edad.

10.- A mayor edad, menor preocupación por la muerte.

11.- Se observa una mejor actitud hacia sí mismos en pacientes que tuvieron lesiones en cara y las extremidades superiores que en aquellos con aéreas no visibles.

12.- A mayor depresión observada, más problemas sociales y mayor respuesta afectiva.

13.- Los sujetos que muestran mayor preocupación por la muerte, muestran mayor autoestima.

Como se puede observar, las tesis antes mencionadas, tanto las que sólo hablan de quemaduras como las que mencionan algunos aspectos emocionales en pacientes quemados, tienen una finalidad: la de proporcionar bienestar al paciente quemado, a partir de una adecuada y mejor atención en su hospitalización.

Diferentes estudios han demostrado que una alta población de pacientes quemados son adolescentes y niños y esto se debe a la poca supervisión por parte de la familia, lo cual incrementa el alto riesgo al que se encuentran expuestos los menores.

De los trabajos anteriormente reseñados -nacionales y extranjeros- a partir de la revisión de las diversas bases de datos y fuentes informativas, puede indicarse que abordan en conjunto, para la rehabilitación exitosa de los accidentados, tanto el adecuado manejo inicial como la colaboración de los equipos médicos y de apoyo para los aspectos físicos y psicológicos, de los pacientes y de sus familiares. De acuerdo con la formación profesional de los autores se profundizan, en cada investigación, factores de diversa índole: diferentes tipos y técnicas de manejo quirúrgico especializado (boca, ojos, problemas dermatológicos derivados y la totalidad corporal), pertinentes soportes psicológicos iniciales así como el seguimiento en el manejo del trauma del estrés postraumático, etc.

Se ha considerado pertinente mencionar todos estos registros para que el personal médico, de apoyo e investigadores interesados en la temática, al consultar esta tesis, puedan posteriormente consultarlos.

C A P Í T U L O 2

INTERVENCIÓN EN CRISIS

2.1 ANTECEDENTES

El origen de la moderna teoría de intervención en crisis se remonta a los trabajos de Erik Lindemann y colaboradores, los cuales siguieron los hechos del incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942; éste fue en su tiempo, el más grande de los incendios de un solo edificio en la historia de esa región, ya que 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud.

Lindemann y sus colaboradores del Massachusetts General Hospital, desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes y a aquéllos que perdieron a un ser querido en el desastre. El informe clínico [Lindemann, 1944], sobre 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 progreso del doliente equivale a aceptar y resolver la pérdida.

Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel importante en la ayuda a la gente desolada durante el proceso de duelo, de modo que venciera dificultades psicológicas posteriores.

La idea fue explotada ampliamente con el establecimiento del Wellesley Human Relations Service [Boston], en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de salud mental, y por su notable interés en la terapia breve en el contexto de la psiquiatría preventiva.

A partir de los principios dados por Lindemann, Gerald Caplan, también asociado con el Massachusetts General Hospital y Harvard School of Public Health, formuló primero el significado de crisis en la vida, en adultos psicopatológicos.

La teoría de la crisis de Caplan se formó en consecuencia a partir de la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson (1963), en la que el ser humano fue provisto para entender el crecimiento o desarrollo a través de una serie de ocho etapas clave.

El interés de Caplan fue el de saber como la gente vencía las diversas transiciones desde una etapa a otra. Pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales al determinar si el desarrollo de las crisis (inducidas o repentinas también) resultaría en un mejoramiento o empeoramiento.

A principios de los años de 1960, el movimiento para prevención para suicidas creció con rapidez en E.U.A., apoyándose en parte sobre la teoría de las crisis de Caplan, centros como, Los Angeles Suicide Prevention, Crisis Service, Erie County (Buffalo) Suicide Prevention y Crisis Service, proporcionan durante 24 horas, los 365 días del año por línea telefónica directa, prevención a suicidas.

Si bien los centros inicialmente se dedicaban a prevenir suicidios, la mayor parte cambiaron a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis.

La idea fue una asesoría de apoyo disponible por teléfono a cualquier hora del día o de la noche. Este enfoque fue ampliamente desarrollado para incluir una función más amplia donde los trabajadores pudieran, cuando fuera necesario, viajar a hogares, estaciones de autobús, campos de recreo y sitios similares y proporcionar la intervención en el lugar (McGee, 1974).

Las técnicas adecuadas solo para la intervención en crisis por teléfono, tuvieron que desarrollarse (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; Slaikeu, Lester y Tulkin, 1973; Slaikeu, Tulkin y Speer, 1975). La principal estructura teórica de ese trabajo, se apoya en la orientación de crisis en la vida, de Caplan.

Como los programas de intervención en crisis se desarrollaron en los años de 1960 y 1970, surgió la literatura sobre intervención. En revistas de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, se publicaron numerosos informes de casos sobre como ayudar a individuos y familias en crisis.

En éstas se publicaron específicamente temas sobre las crisis, como Crisis Intervention y Journal of Life Threatening Behavior. También numerosos libros con instrucciones prácticas sobre "que hacer en" la intervención en crisis: Aguilera, Messick y Farrel, 1974; Crow, 1977; Hoff, 1978; McMurrain, 1975; Puryear, 1979. Complementados con libros de texto como los de Lester y Brockopp, 1973 y Specter y Claiborne, 1973.

Durante este tiempo los investigadores dirigieron su atención hacia los programas de evaluación para los centros de crisis (Fowler y McGee, 1973; Heaton, Ashton y Powell, 1972; Knickerboker y McGee, 1972; Slaikou y cols., 1975; Slaikou y cols., 1973). En las postrimerías de los años de 1970, muchos estudios se propagaron en diversas revistas importantes (Auerbach y Kilmann, 1977; Baldwin 1979; Butcher y Koss, 1978; Butcher y Maudal, 1976; Smith, 1977).

Con esta confianza sobre el tratamiento a corto plazo, la intervención en crisis se valoró aún más, como contraste económico que condujo al énfasis sobre la utilización de los recursos escasos.

Por ejemplo, Cummins y colaboradores (1977) en el Kaiser Permanente en California, demostraron la eficacia en cuanto al costo de la psicoterapia a corto plazo. Esta innovadora terapia, baja el costo para reducir los servicios médicos futuros.

Por lo tanto, la intervención en crisis desempeña un importante papel en los paquetes de servicios de salud completos.

Más allá de la necesidad de economizar, el interés renovado en la intervención en crisis fue causado por la importancia del concepto de crisis.

2.2 DEFINICIÓN

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988).

Un análisis semántico de la palabra crisis, revela conceptos que son ricos en significados psicológicos. El término chino de crisis (weiji), se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, ocurriendo al 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 punto decisivo durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968).

Paulatinamente se han desarrollado descripciones y definiciones de crisis por distintos autores, Rosebaum (1977), hace una recopilación de varias de ellas:

Lester y Brockopp afirmaron en 1973 que "una crisis es una situación intolerable, la cual debe ser resuelta debido a que potencialmente puede causar deterioro psicosocial del individuo".

Rapoport (1965), dijo que la crisis es "un estado de confusión cognitiva en la que el individuo no sabe que hacer con su problema, como evaluar la realidad y como formular las posibilidades para resolverlo".

De acuerdo con Langan (1974), una definición de crisis incluye cuatro puntos: 1.- Un retorno significativo a un punto (un periodo de desorganización); 2.- Un tiempo limitado; 3.- Hábitos de defensa suspendidos; 4.- Incrementos de la tensión y ansiedad.

Strickler (1977), proporciona una definición con características diferentes: "una crisis ocurre solamente si el individuo siente que no posee los medios para enfrentarse con el peligro, él es visto consciente o inconscientemente como una amenaza vital a sus recursos y necesidades libidinales, narcisistas o de dependencia.

Brockopp (1976), establece dos categorías para las crisis, cuando éstas implican un derrumbe emocional: desarrolladas y circunstanciales. En las segundas se encuentran con mayor frecuencia aquellas que dan como resultado una desintegración de la personalidad, incluyen fenómenos como muerte, pérdida de trabajo, accidentes, enfermedades, matrimonio, cambio de residencia, etc. Ambas categorías no son excluyentes y pueden manifestarse individual y colectivamente.

Rosebaum en 1977, manifiesta que el objetivo de la intervención en crisis es permitir y facilitar el retorno al punto de equilibrio psicológico anterior a la crisis.

Slaikeu (1988), también define la Intervención en Crisis como: Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico), se aminoren y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida), se incrementen.

2.3 TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

R. H. Moos (1976), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de las crisis: La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente; en su hipótesis manifiesta que la comunidad humana tiene un mecanismo adaptativo esencial en los hombres en relación con su medio.

La segunda influencia se origina de la teoría psicológica que considera la realización y crecimiento humano completos, haciendo énfasis en la motivación y el impulso; Carl Rogers (1951) y Abraham Maslow (1954), enfocaron ambos aspectos en las personas hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes; así mismo Buhler (1962), considera que la conducta humana es intencional y está constantemente dirigida hacia logros y propósitos reestructurales.

La tercera influencia se basa en el enfoque de Erikson (1966), del desarrollo del ciclo de la vida; la cual divide en ocho etapas, cada una

de ellas provee un nuevo reto, transición o crisis; supone que en cada transición el ser humano corre el riesgo de abstraerse y confundir sus decisiones hasta que el conflicto anterior se resuelva.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis proviene de datos empíricos sobre como los humanos abordan el estrés extremo de la vida; Holmes y colaboradores (1973), demostraron cierta relación entre el estrés y su asociación con sucesos de la vida, salud física y enfermedades.

La eficacia de las aproximaciones cortas, de acuerdo con Wolberg (1963) y Bellak y Small (1980), está relacionado directamente con que el paciente reciba al menos una explicación general de las causas de sus problemas, tratando de que haya en él, el mayor insight y elaboración en el menor tiempo posible.

La psicoterapia breve logra cambios específicos en la personalidad de los pacientes en un tiempo más o menos determinado. La actitud receptiva de la persona en crisis abre una oportunidad de tiempo muy limitado para lograr cambios rápidos, que pueden ir desde muy concretos hasta más o menos amplios.

La psicoterapia breve se recomienda para circunstancias que incluyen dolor emocional agudo. Ante situaciones seriamente destructivas tanto para el paciente como para otras personas. Cuando el tiempo, costo y/o personal no es suficiente ni accesible, con poblaciones marginadas a estos servicios por diversas razones, adecuada para personas que por su trabajo no

pueden permanecer en un mismo lugar, o por el contrario, están fijas a uno solo.

Wolberg (1963), agrega que es de gran utilidad para personas que previamente a su ingreso a terapia han trabajado con sus ideas en un nivel no verbal o parcialmente verbal y que requieren de poca ayuda acerca de la solución de sus problemas; sugerida también para pacientes de una estructura de carácter flexible, donde las distorsiones ambientales son fácilmente remediabiles.

Sin embargo, para la presente investigación se han considerado dos teorías: La Teoría de la crisis de Caplan y la Teoría de los Sistemas.

2.3.1 TEORÍA DE LAS CRISIS DE GERALD CAPLAN

El intenso costo personal (físico y psicológico) en las tragedias, es muy familiar para los practicantes en salud mental. La idea de que la resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, fue una de las piedras angulares en la Teoría de las crisis formulada por Gerald Caplan en 1964.

Este modelo proporciona una visión amplia de los factores continuos que moldean el desarrollo del estilo general de vida de una persona y una perspectiva circunscripta a las crisis recurrentes asociadas con cambios repentinos en sus estructuras de conducta. Los dos niveles del modelo subrayan las influencias ambientales que comúnmente afectan a mucha gente en

un grado significativo, e ignoran los factores de idiosincrasia que determinan diferencias individuales.

En su enfoque amplio, el modelo conceptual se basa en la hipótesis de que una persona necesita continuos aportes, adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo.

Estos aportes pueden clasificarse en tres grupos: físicos, psicosociales y socioculturales.

A) *Los aportes físicos* incluyen la alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial, la oportunidad de ejercicio, etc., estos factores son necesarios para el crecimiento y desarrollo corporales y para el mantenimiento de la salud y la protección contra el daño físico, tanto antes como después del nacimiento. Por ejemplo: la defensa contra infecciones, traumas e intoxicaciones químicas.

B) *Los aportes psicosociales* incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia y con los iguales y superiores de la escuela, la iglesia y el trabajo. En esta área, la provisión de aportes es lo que generalmente llamamos "satisfacción de las necesidades interpersonales". Está implicada la influencia de los intercambios entre cada individuo y las personas con las que se compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuas.

Según Caplan, las listas de necesidades son algo arbitrarias. Una lista útil podría tomar en cuenta tres áreas principales: 1) la de las necesidades de intercambio de amor y afecto, 2) la de las necesidades de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad), y 3) la de las necesidades de participación en la actividad colectiva (grado de apoyo o independencia con que se encara una tarea).

Las necesidades interpersonales se experimentan en relación con personas significativas que son focos de continuas vinculaciones emocionales. La resistencia al trastorno mental, depende de la continuidad y "salud" de estas relaciones. Una relación "sana", es aquella en la que la persona significativa percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades del sujeto en una forma que está de acuerdo con sus respectivos roles sociales y con los valores de su cultura.

La provisión inadecuada de aportes psicosociales, que conduce al trastorno mental, ocurre cuando no existen oportunidades para que el sujeto se relacione con aquellos que pueden satisfacerlo; cuando los individuos significativos no lo perciben o respetan; cuando tratan de manejarlo para satisfacer sus propias necesidades, o cuando la relación satisfactoria es interrumpida por la enfermedad, la muerte, la partida o la desilusión.

C) *Los aportes socioculturales* incluyen las influencias que, sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad, ejercen las costumbres y los valores de la cultura y de la estructura social. Lo que los otros esperan de la conducta de una persona influye profundamente sobre sus acciones y sobre

sus sentimientos acerca de sí misma. Fijan su lugar en la estructura de su sociedad y en un grado considerable, dictan las reglas de su trayectoria en la vida. Esto le permite alcanzar recompensas y seguridad externa que se suman a su fuerza interior (Caplan, 1985)

Cuanto más rica sea la herencia cultural, más complejos serán los problemas que cada miembro del grupo aprenderá a manejar. Cuanto más estable sea la sociedad, mayor es la probabilidad de que los individuos sean provistos de instrumentos perceptivos, habilidades para resolver problemas y valores de orientación para encarar las dificultades de la vida.

Por el contrario, en las sociedades en transición no existen en general formas bien ensayadas de manejo de los nuevos problemas que cada individuo enfrenta y éste queda más librado a sus propios recursos personales. Los valores, las formas de ver y las costumbres tradicionales, pueden haberse vuelto insuficientes en la actualidad,

También las instituciones sociales asistenciales y sus sistemas pueden ser dejados atrás por las condiciones rápidamente cambiantes de la época y no poder proporcionar el auxilio necesario a quien se dirige a ellos en busca de ayuda.

Los factores socioculturales afectan al individuo no solo directamente, sino también en forma indirecta, modificando sus aportes psicosociales al regular la forma en que su familia y amigos lo tratan, menciona Caplan.

Por otra parte, el individuo no es sólo un receptor pasivo de estos aportes, ni una víctima pasiva cuando ellos son insuficientes en calidad o cantidad, sino que modifica significativamente su medio físico y social desde los primeros años y como miembro de grupos políticos y sociales, puede también actuar sobre los aportes socioculturales.

Retoma Caplan a Erikson , cuando explica la importancia y significación de las crisis vitales de la vida, manifestando que la falta o provisión de aportes básicos explica los aspectos generales del desarrollo de la personalidad en una población.

El desarrollo de la personalidad se describe como una sucesión de fases diferenciadas, cualitativamente entre sí. Entre fase y fase existen períodos de conducta indiferenciada, períodos transicionales caracterizados por trastornos en las áreas intelectual y afectiva. Estos períodos se denominan "crisis evolutivas" (Erikson, 1966).

Recientemente se ha empezado a prestar atención a períodos similares de alteración psicológica y de la conducta, precipitados en forma azarosa y que implican una pérdida repentina de los aportes básicos, la amenaza de la pérdida , o las grandes exigencias asociadas con la oportunidad de obtener mayores aportes.

Estos períodos de alteración que pueden abarcar desde unos pocos días a algunas semanas, han sido llamados "crisis accidentales" (Erikson, 1966) y que como los accidentes en general, pueden ser predichas.

Surge el interés en este tema con el hallazgo de que, en muchas personas que sufren trastornos mentales, los cambios significativos en el desarrollo de la personalidad parecen haber ocurrido durante periodos de crisis bastante cortos. Los momentos de transición se caracterizan generalmente por una alteración psicológica aguda, con una duración aproximada de una a cuatro o cinco semanas, alteración que más que un signo de trastorno mental parece resultar de la lucha por lograr ajuste y adaptación frente a un problema temporalmente insoluble.

Estos problemas radican por lo común en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar rápidamente con los mecanismos de superación y defensa que ya posee.

Caplan (1985), manifiesta que las situaciones que se presentan son a la vez serias e inevitables: la muerte de una persona amada; la pérdida o cambio de empleo; un cambio de función debido a transiciones evolutivas o socioculturales (ingreso a la universidad, casamiento, paternidad, etc.); alguna amenaza a la integridad corporal por enfermedad, accidente o intervención quirúrgica.

Estudiando algunas historias de pacientes, se encontró que durante algunos de estos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas en una forma inadaptada y haber emergido de la crisis con una pérdida de salud.

En otros pacientes, aún cuando también se enferman eventualmente, su trayectoria parece haberse demorado como consecuencia de una experiencia adaptativa exitosa durante crisis particulares.

Existen muchos estudios sobre las reacciones de un individuo y su forma personal de encarar un problema temporariamente insoluble. El curso apacible de la vida es alterado por algún suceso inesperado; se encuentra entonces al sujeto luchando para hallar la salida de su difícil situación, ayudado o entorpecido por las personas que lo rodean.

Caplan (1985), menciona que se piensa que los hombres tienen un cierto grado de control sobre su propia evolución, que influye no solo sobre los resultados externos, sino que también cambia su propia capacidad personal. La personalidad que va madurando con el paso de los años bajo la influencia de los factores biopsicológicos antes citados, y que en cualquier fase particular tiene cierto grado de estabilidad, puede cambiar repentina e inesperadamente durante periodos de crisis.

Los cambios pueden llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso la crisis habrá sido una oportunidad positiva; si por el contrario conducen a una reducción de la capacidad para enfrentar efectivamente los problemas de la vida, la crisis ha sido un episodio perjudicial.

Esta visión de la crisis como un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en

cualquier ejemplo particular depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación, debe oponerse a las primeras concepciones que consideraban a las crisis y los traumatismos como factores etiológicos del trastorno mental. Según ellas las crisis nunca son útiles y lo mejor es esperar que no hagan daño.

Sin embargo así no se puede explicar el hecho de que los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan a menudo fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva en el futuro, no solo la misma situación, sino también otras dificultades.

La resistencia al trastorno mental puede aumentarse ayudando al individuo a extender su repertorio de habilidades efectivas para resolver problemas, de manera que no necesite recurrir a formas regresivas no basadas en la realidad o socialmente inaceptables, al enfrentar las situaciones difíciles que en caso contrario pueden provocar la aparición de síntomas neurotícos o psicóticos como formas de evitar o dominar simbólicamente el problema.

Gerald Caplan en 1964 despliega su teoría de la crisis postulando que el individuo enfrenta siempre situaciones que requieren la resolución activa de problemas, pero con una demora muy pequeña puede superarlas por medio de reacciones y mecanismos habituales.

En sus relaciones con los otros dentro del sistema social, desempeña roles complementarios vinculados con su posición en ese sistema, el

cual, de modo análogo, está en equilibrio. Esto no significa que sea estático, sino que las diferentes fuerzas sociales producen una estructura relativamente coherente en un continuo temporal.

Esto se aplica en el individuo a sus procesos de crecimiento, desarrollo y envejecimiento, propios de los distintos periodos de su vida. En las sociedades también existen cambios evolutivos durante un periodo prolongado.

Expresa Caplan que estas alteraciones de la estructura considerada en lapsos amplios se deben a poderosas fuerzas anabólicas y catabólicas que actúan dentro del sistema, sea individuo o grupo y a la interacción entre tales fuerzas y las externas. Superponiéndose con estos cambios evolutivos y contribuyendo significativamente a las alteraciones de la estructura, se encuentran las discontinuidades más repentinas que ocurren en los puntos de crisis.

La coherencia normal de la estructura, o equilibrio, se mantiene por mecanismos homeostáticos reequilibradores, de manera que las desviaciones temporarias ponen en acción fuerzas opuestas que automáticamente retrotraen al estado previo. En otras palabras, puede decirse que el equilibrio se altera cuando el individuo o el sistema enfrentan una fuerza o situación que modifica su funcionamiento previo; llamamos a esto un "problema"

En general, el problema provoca el despliegue de una variedad de mecanismos habituales de resolución, uno de los cuales permite superar la

situación en un lapso y de una manera similar a los que caracterizaron el caso en ocasiones previas. Si el período anterior a la solución tiene una duración normal, el estado de tensión del organismo no resulta excesivo porque el individuo (o el grupo), al enfrentar el problema con métodos análogos en experiencias previas, desarrolló la expectativa de un resultado exitoso y una capacidad de soportar ese grado de tensión, así como una serie de técnicas para mantenerla dentro de ciertos límites por medio de mecanismos de descarga.

En una crisis, este proceso se amplifica porque el estímulo del problema es mayor y las fuerzas reequilibradoras ordinarias no alcanzan a actuar dentro del margen de tiempo común. El período de incongruencia de las estructuras de conducta es más prolongado que el de costumbre y, cuando se logra eventualmente un equilibrio, la nueva estructura puede diferir significativamente de la previa, pero ser estable y constituir a su vez un equilibrio sostenido por fuerzas homeostáticas, como en el pasado.

Si la amplificación es lo suficientemente grande, aparecerá un infinito número de pequeñísimas crisis que representan los saltos de lo que en las amplificaciones menores, parecen un desarrollo gradual. Existe un continuo entre éstas y las crisis importantes que son, por así decirlo, visibles a simple vista como netas y repentinas discontinuidades en la estructura del funcionamiento. Pueden ocurrir alteraciones importantes de la estructura en un período relativamente corto y luego permanecer estables durante un período prolongado.

A continuación se describirán las características de las crisis según la teoría de Caplan.

El factor esencial que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad y la importancia del problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para enfrentarlo.

En otras palabras, el individuo enfrenta estímulos que señalan un peligro para la satisfacción de necesidades fundamentales o provocan una necesidad importante y las circunstancias son tales que los métodos habituales para resolver problemas, resultan ineficaces dentro del lapso propio de las antiguas expectativas de éxito.

Una área de funcionamiento cuya extensión depende de la intensidad y significación del problema y del esfuerzo, queda interferida. El individuo está "alterado". Esta alteración generalmente se asocia con sentimientos displacientes como la ansiedad, el miedo, la culpa o la vergüenza, según la naturaleza de la situación.

Existe una sensación de impotencia e ineficacia frente al problema insoluble, sensación que da lugar a cierta desorganización del funcionamiento, de manera que la persona parece menos efectiva de lo que es generalmente. Esta desorganización puede tomar la forma de una actividad principalmente tendiente a descargar tensión interior y aparentemente no motivada por la situación externa, o llevar a sucesivas tentativas abortadas de ensayo y error para solucionar el problema externo.

El efecto de la elevación de la tensión sobre el funcionamiento del individuo depende en parte de su intensidad y en parte de su duración. El efecto total incluye cuatro fases características enunciadas por Caplan:

Fase 1. La elevación inicial de la tensión por el impacto del estímulo, pone en acción las habituales respuestas homeostáticas de solución de problemas

Fase 2. La falta de éxito y la prosecución del estímulo determina la elevación de la tensión y el estado ya descrito de alteración e ineffectividad.

Fase 3. La tensión sigue aumentando. El individuo recurre a sus reservas de energía y a sus mecanismos de emergencia para resolver problemas. Utiliza nuevas técnicas para acometer los que está encarando, que mientras tanto pueden haber disminuido en intensidad.

El sujeto llega gradualmente a definirlos en una forma nueva, de manera que entren en la esfera de la experiencia previa, entonces advierte aspectos que había descuidado, susceptibles de tratarse con capacidades y técnicas accesorias que previamente no se consideraron aplicables.

Otros aspectos imposibles de manejar, pero poco importantes, pueden dejarse de lado. Probablemente se abandonen algunos objetivos por inalcanzables, es posible que se explore mediante técnicas de ensayo y error a nivel empírico o especulativo, qué vías están abiertas y cuales cerradas.

Como resultado de esta movilización de esfuerzos y de la redefinición de la situación, el problema puede resolverse. La solución generalmente involucra una alteración del papel del individuo frente a su grupo, restableciéndose la complementación perturbada durante la alteración previa.

Fase 4. Si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad, o evitarse por medio de la resignación a la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión se eleva hasta un punto de ruptura. Se produce entonces una importante desorganización en el individuo, con resultados graves.

Caplan menciona que existen factores que influyen sobre el desenlace de la crisis, manifestando que en cada etapa del desarrollo, la experiencia previa modela los sucesos, pero no los determina completamente.

Cada crisis representa una situación nueva, que implica nuevas fuerzas tanto internas como externas. El desenlace está determinado por las elecciones activas en parte y en parte azarosas y por otros aspectos de la situación.

El estado corporal del individuo en ese momento, los aspectos puramente fortuitos de la evolución de la dificultad externa, la disponibilidad de recursos sociales y el sistema de comunicación del medio, son todos factores importantes; como también lo es la personalidad del individuo, que es la cristalización psicológica de su experiencia.

Entre los factores personales aclara Caplan, tienen importancia los siguientes:

1. La situación "x", esta relacionada simbólicamente con algunos problemas similares del pasado "x". Es característico de las crisis que se estimule, surja espontáneamente, o con la facilidad de la entrevista psiquiátrica, el recuerdo de algún problema de alguna manera relacionado con el que se encara.

La remodelación de estos problemas antiguos, se acompaña de una significativa reacción emocional que demuestra que no fueron enfrentados en forma satisfactoria en el pasado. El fracaso previo puede actuar como carga adicional en el caso presente, haciendo que se repitan los mecanismos de defensa anteriormente usados, una solución quizá inadecuada que tiende a atenuar la dificultad evitándola.

Por otra parte, algunas diferencias significativas en la nueva situación pueden estimular otras situaciones. Esto tiene un significado especial desde el punto de vista de la madurez de la personalidad, por cuanto la energía que había sido necesaria para mantener bajo control los problemas sin resolver queda liberada y puede utilizarse de modo adulto.

Si los antiguos problemas revividos fueron correctamente encarados en el pasado, actúan como guías para la acción presente exitosa.

2. La percepción de la situación como problemática y penosa depende de la experiencia. Quizá se le vea como perdida, quizá como amenaza a la situación

de una necesidad, quizá como exigencia; como todas las percepciones, ésta depende de la cultura y la personalidad.

Para cualquier cultura es posible formular una lista de circunstancias azarosas que una significativa proporción de individuos percibirá como penosa y productora de crisis, aunque aparecerá indudablemente toda una gama de respuestas.

Habrá quienes no perciban la situación como problemática porque ella no les provoca ninguna necesidad de temor a la frustración o porque han encarado situaciones similares en el pasado y disponen de un conjunto de métodos buenos para la solución de esos problemas; otros consideran que el problema es menor y la crisis consecuente será moderada y para algunos, en fin, la situación será de extremo peligro y la crisis consecuente, muy importante, ya sea por motivos basados en la realidad o debido a situaciones simbólicas con problemas inconscientes no resueltos.

Caplan refiere que entre las circunstancias peligrosas se encuentran las transiciones biológicas y de rol (nacimiento, pubertad, climaterio, enfermedad o muerte de un miembro de la familia etc.); el ingreso al jardín de infantes, a la escuela primaria, a la escuela secundaria; el egreso de la escuela; la obtención del primer empleo; la mudanza a una nueva comunidad; la obtención de un nuevo empleo; las nuevas responsabilidades sociales u ocupacionales, etc.

En tales situaciones hay una pérdida de los aportes básicos, una amenaza de pérdida o una exigencia que implica la posibilidad de aportes mayores.

Por lo que se ha dicho hasta aquí es evidente que los detalles de la resolución de la crisis tienen una considerable significación para la futura salud mental del individuo. Su nuevo equilibrio puede ser mejor o peor que el del pasado, por cuanto el reordenamiento de fuerzas - tanto dentro de su personalidad como en las relaciones significativas de su medio - puede conducir a una menor o mayor satisfacción de sus necesidades.

Si ha encarado los problemas de la crisis desarrollando nuevas técnicas socialmente aceptables y basadas en la realidad, habrá aumentado su capacidad para enfrentar en forma sana sus dificultades futuras. Si en cambio ha elaborado respuestas socialmente inaceptables o que tiendan a la evasión, al manejo básico irracional, o a la regresión y la alineación, será mayor la posibilidad de que tampoco sepa enfrentar las dificultades venideras.

En otras palabras, la nueva estructura de superación que el sujeto elabora cuando se encuentra en crisis pasa a ser una parte integral de su repertorio de respuestas para la resolución de problemas y aumenta la posibilidad de que enfrente de forma más o menos realista los riesgos que se le presenten en adelante.

Caplan refiere que existen influencias socioculturales que actúan sobre la resolución de las crisis, ya que por lo general un hombre no enfrenta

solo la crisis, sino ayudado o trabajado por quienes lo rodean, por su familia, sus amigos, el vecindario, la comunidad y aún, la nación, que actúan por medio de valores y tradiciones introyectados que proporcionan conocimiento y confianza para resolver los problemas en ciertas formas aceptables y a través de otros individuos e instituciones comunitarias que asumen roles complementarios de estímulo y apoyo a ciertas líneas de acción que la cultura en cuestión, empíricamente o por su concordancia con los sistemas de creencias, sostiene como métodos exitosos en la mayor parte de los casos.

En cada uno de los límites entre el individuo en crisis y las influencias interpersonales con las que interactúa, existe la necesidad de hallar soluciones mutuamente satisfactorias en situaciones de múltiple elección.

Se ayuda al individuo a aliviar su tensión y solucionar el problema por medio de una nueva acción real, que satisfaga sus necesidades o reduzca los deseos despertados, pero también llevándolo a controlar sus acciones, de manera que pueda seguir siendo un miembro aceptable de su grupo en un rol complementario con los de los otros miembros.

La alteración de la salud mental, inmediata o eventual, tiene lugar cuando la presión de las fuerzas interpersonales y las demandas del rol son tales, que el individuo sale de la crisis con insatisfacciones a las que no pudo resignarse, o con necesidades satisfechas por algún cambio de rol a expensas de la complementación con alguna persona próxima cuyas necesidades quedan sin satisfacer.

En el primer caso la alteración de la salud mental se concentra en el sujeto mismo; en el segundo, se manifiesta en una o más de las personas que lo rodean.

En el análisis de los efectos de una crisis sobre el trastorno mental, es bueno no concentrarse en el individuo en cuestión, al punto de perder de vista las alteraciones de las otras personas de su red social, cuya salud mental también puede haber sufrido, a veces en mayor grado, o de manera diferente.

Debe subrayarse que cualquier cambio en el individuo puede afectar su rol y en consecuencia alterar el sistema social del cual forma parte. Esto a su vez ocasiona una alteración recíproca en los roles de los demás y cambios posibles en la satisfacción de sus necesidades.

Con respecto a la influencia que ejerce la familia en las situaciones de crisis, menciona Caplan que si un miembro de una familia o de otro grupo primario relacionado por estrechos lazos personales, enfrenta un problema que encierra una amenaza a la satisfacción de necesidades, el grupo como totalidad queda inevitablemente implicado, en una forma u otra en un grado que depende de la medida en que el problema tenga que ver con los deberes del individuo para con el grupo.

La familia u otras personas próximas apoyarán al individuo en la elección de ciertas formas de manejo del problema consonante con las tradiciones y experiencias comunes y en armonía con el grupo en tanto sistema

con obligaciones externas y con la necesidad de satisfacer las demandas intragrupalas en sus miembros.

Un grupo bien organizado, puede también proporcionar cauces adecuados para dominar los sentimientos negativos que son el acompañamiento inevitable de una crisis: el aumento de la tensión orgánica y sus sentimientos concomitantes de culpa, vergüenza, ansiedad, hostilidad o depresión.

Caplan continúa diciendo que lo importante para el mantenimiento de la salud mental es que las actividades de la familia u otro grupo primario tiendan a ayudar a la persona en crisis a tratar su problema por medio de alguna forma de actividad, más que a evitarlo o restringir la actividad a mecanismos para aliviar la tensión.

No todos los problemas son susceptibles de solucionarse suprimiendo la amenaza que pesa sobre la necesidad de satisfacción; pero en estos casos, también se puede diferenciar un tipo "sano" de actividad -que se resigna a reemplazar la forma de satisfacción censurada por otras alternativas aceptables-, de la evitación "enferma" del problema, en que no se toma ninguna decisión ni se resuelve ningún conflicto.

Para dominar la crisis es necesaria una cantidad variable de esfuerzo mental y debe soportarse la tensión del problema pendiente, durante lapsos que también varían según los casos. Pueden llegar a extenderse varias semanas; en estos períodos, las funciones de educación, consuelo y apoyo de la familia son importantes para fortalecer al individuo y ayudar a las defensas

liberadoras de tensión que mantienen la carga dentro de límites manejables hasta que se elabore una solución.

En estos casos se produce un crecimiento típico y una declinación de la tensión cuando el problema se mantiene alternativamente en la consciencia y se encubre o evita.

La ayuda óptima en esta relación involucra una considerable sensibilidad de la familia a los indicios de conducta que permitan inferir la condición psicológica del miembro afectado, de manera que no se le sobrecargue mas allá de sus capacidades, ni se le estimule demasiado poco a encarar como debe hacerlo, su problema doloroso.

En cada caso particular, un grupo complicado de factores psicológicos, sociales y culturales determinan el grado de sensibilidad de la familia a las manifestaciones de tensión en uno de sus miembros en crisis, cuál será la intensidad de la crisis que eso provocará en la familia como grupo y en qué medida será adecuada su actuación al ayudar al individuo con problemas.

Además, la posición de este miembro en el sistema familiar puede ser tal que, para salvaguardar su rol y poder ayudarlo, el grupo se reorganice según una nueva pauta, arriesgando en el proceso las gratificaciones de algún otro miembro.

Además de los aspectos que influyen sobre la eficacia de la familia como cuerpo organizado, son de importancia otros factores relacionados con el contenido de sus operaciones. La historia y tradiciones familiares en la resolución de problemas relativos al bienestar emocional de los miembros, tienen gran significación. Las familias pueden estar organizadas y cumplir satisfactoriamente las tareas externas, pero ser inefectivas para cubrir las necesidades emocionales de las personas que las componen y viceversa.

Es posible que las actividades de la familia no ayuden de ninguna manera a la persona afectada a manejar sus sentimientos negativos; quizá incluso le hagan la tarea más difícil, aumentando su culpa, su ansiedad y su hostilidad. Puede que no sólo falten vías intragrupales para aliviar tales sentimientos, sino también canales de comunicación con agentes religiosos o comunitarios externos a quienes pueda dirigirse el miembro en busca de ayuda para disminuir la tensión psicológica.

El individuo queda entonces abandonado a sus propios recursos psíquicos, y éstos, debido a las complicaciones y reacciones familiares, pueden estar demasiado forzados como para poder abordar eficazmente el problema.

Además de aumentar las aflicciones del individuo en crisis, o de no proporcionarle ayuda en el manejo de la mayor tensión, la familia puede interferir activamente la resolución efectiva del conflicto propugnando la evitación del mismo señala Caplan.

La misma familia puede añadir la influencia de sus medios grupales de enmascaramiento a la de las defensas represivas del individuo, de manera que el problema real es alejado antes de que esté resuelto.

La crisis puede así interrumpirse repentinamente y el individuo lograr un falso consuelo. Falta en tal caso el proceso activo de dominio de los sentimientos negativos, ya sea por la modificación de la realidad externa mediante una acción apropiada, o por la decisión de resignarse ante la imposibilidad de satisfacer alguna necesidad.

Es posible que aparezcan en el individuo fantaseos o soluciones simbólicas, por medio de mecanismos como la proyección de la culpa y la hostilidad en figuras externas, o pertenecientes al círculo familiar, por ejemplo un niño; este miembro es explotado como víctima propiciatoria para liberar la tensión creada por un problema no resuelto.

Concluye Caplan a este respecto indicando que queda mucho por descubrir en esta área y que mientras tanto, es evidente que en los períodos de crisis, un individuo depende aún más que de costumbre de las relaciones personales, ya sea que éstas aumenten sus aflicciones o que lo ayuden a hallar salidas satisfactorias.

Es importante hacer notar que en Estados Unidos, las personas que Caplan considera que pueden proporcionar apoyo en las crisis, son personas dedicadas al cuidado de la salud física y moral de la comunidad como: sacerdotes, médicos, enfermeras, asistentes sociales y quizá también algunos

líderes políticos; ya que los roles informales son conferidos a ciertas figuras protectoras extrafamiliares, que varían de una comunidad a otra y cuya idiosincrasia y características ocupacionales las colocan en posición de ciudadanos significativos a los que otros se dirigen en busca de ayuda.

Se han estudiado poco las acciones de estos asistentes informales, no profesionales, aunque se reconoce cada vez más la considerable importancia del tema.

Caplan hace hincapié en que finalmente se puede dirigir nuestra atención hacia los asistentes formales e institucionalmente reconocidos, cuya función profesional los pone en contacto con los ciudadanos en crisis.

Durante el período de desequilibrio de la crisis, ayudan a tomar decisiones que pueden tener efectos de largo alcance sobre la salud mental del sujeto. En estos casos, el esfuerzo profesional resulta sumamente económico, a la luz de importantes cambios de actitud y desempeño que pueden procurar.

La manera en que cada profesional interviene en una crisis depende de ciertos aspectos "humanos" de la situación, que por lo general son percibidos y tratados sobre la base de un conocimiento informal, no sistematizado en la especialidad del caso, sino inherente a la sensibilidad y experiencia personales.

Los detalles del contenido verbal, el tono de voz, un gesto comprensivo o amistoso, la elección de un momento especial para un momento

alentador y no exigente, etc.; ninguno de estos detalles son parte sistemática de una técnica profesional y todos pueden dar lugar a reglas muy significativas aunque no explícitas, sobre los aspectos relacionados con la salud mental.

Es debido a que estos aspectos pocas veces han sido explicitados, que no existe para ellos un enfoque definido en estas profesiones asistenciales; por lo tanto, la conducta en esta área no se diferencia por profesiones, sino más bien por personalidades individuales.

Está probablemente más cerca de la verdad la afirmación de que, idealmente, desde el punto de vista de la salud mental, cada cultura profesional incluye la posibilidad de manejar una crisis de manera tal que no sólo se logren efectivamente los objetivos profesionales, sino que también se perciban y manejen los problemas personales del sujeto, de manera que se le ayude y no se le agobie en el trato con los aspectos emocionales de la crisis.

Falta elaborar -sugiere Caplan- un método que permita reconocer formalmente esta faceta del trabajo e incluirla en el cuerpo de conocimientos que se enseñan y controlan profesionalmente.

Concluye Caplan que el análisis de este tipo de proceso de ayuda debe llevarse a cabo en el contexto de cada profesión. Ya se ha bosquejado, pero es preciso estudiarlo mucho más para que proporcione un conocimiento detallado sobre el que puedan basarse nuevos métodos de intervención.

2.3.2 TEORÍA DE LOS SISTEMAS

La formulación de la teoría de las crisis trata de variables intrapsíquicas y muchas de ellas conciernen al contexto social dentro del que suceden las crisis. Se ha comprendido que : "Las crisis no toman lugar en el vacío, las crisis están enmarcadas en los sistemas de la vida social" (Hill, 1958).

Stevenson (1977), en forma reciente 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, es notable en los informes clínicos y en la literatura de investigación la ausencia de 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 crisis.

Es importante emitir algunos de los principios teóricos apenas registrados dentro de una estructura que permita su aplicación al proceso de ayuda.

La Teoría General de los Sistemas (T. G. S.) desarrollada por Ludwig von Bertalanffy, tiene el potencial para integrar estos principios teóricos de manera que proporcione un fondo para pensar sobre el proceso de intervención.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Bertalanffy expone su teoría por primera vez en el año de 1937 sin que repercutiera en el ámbito científico y no fue sino hasta después de la guerra, cuando aparecieron las primeras publicaciones sobre el asunto.

La Teoría General de los Sistemas en el sentido más estricto, procura derivar, partiendo de una definición general de "sistema" como complejo de componentes interactuantes, conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción, suma, mecanización, centralización, competencia, finalidad, etc. y aplicarlos entonces a fenómenos concretos (Bertalanffy, 1993).

La T.G.S., es una ciencia general de la <<totalidad>>, concepto tenido hasta hace poco por vago y nebuloso. En forma elaborada sería una disciplina lógico matemática, puramente formal en sí misma pero aplicable a las varias ciencias empíricas. Para las ciencias que se ocupan de <<todos organizados>>, tendría significación análoga a la que disfrutó la teoría de la probabilidad para ciencias que se las ven con "acontecimientos aleatorios". Es una disciplina formal aplicable a campos de lo más diverso, como la termodinámica, la genética, las estadísticas, etc.

Esto pone de manifiesto las metas principales de la Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy:

1) Hay una tendencia general hacia la integración de las varias ciencias, naturales y sociales.

2) Tal integración parece girar en torno a una teoría general de los sistemas.

3) Tal teoría pudiera ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.

4) Al elaborar principios unificadores que corren verticalmente por el universo de las ciencias.

5) Esto puede conducir a una integración, que hace mucha falta en la instrucción científica.

Desde este punto de vista, la unidad de la ciencia adquiere un aspecto más realista. Esto significa, "uniformidades estructurales en los esquemas que se aplican, lo que implica que el mundo, o sea la totalidad de los acontecimientos observables, exhibe uniformidades estructurales que se manifiestan por rastros isomorfos de orden en los diferentes niveles o ámbitos" (Bertalanffy, 1993).

Se llega con lo anterior a una concepción que, en contraste con el reduccionismo, se puede denominar "perspectivismo". No se pueden reducir los niveles biológicos, del comportamiento y sociales al nivel más bajo, el de las construcciones y leyes de la física. Se puede en cambio, hallar construcciones y tal vez leyes en los distintos niveles. El principio unificador implica que se encuentra organización en todos los niveles.

Es posible que el modelo del mundo como una gran organización ayude a reforzar el sentido de reverencia hacia lo viviente que casi se ha perdido en las últimas y sanguinarias décadas de la historia humana, menciona Bertalanffy y continúa explicando que salvo por la satisfacción inmediata de necesidades biológicas, el hombre vive en un mundo no de cosas, sino de símbolos (1956).

Los varios universos simbólicos, materiales y no materiales, que distinguen las culturas humanas de las sociedades animales, son parte del sistema de conducta del hombre. Podrá dudarse con razón de que el hombre sea un animal racional, pero de fijo es un ser creador de símbolos y dominado por ellos.

En consecuencia, los trastornos mentales en el hombre comprenden por regla general, perturbaciones en las funciones simbólicas.

Kubie (1953) expresa como "nueva hipótesis:" sobre las neurosis que son "los procesos psicopatológicos que se dan a causa de la repercusión deformadora de experiencias muy cargadas, a edad temprana y que consisten en deformación de las funciones simbólicas".

La enfermedad mental es a fin de cuentas una perturbación de las funciones de sistema del organismo psicofísico. Por esta razón, síntomas o síndromes aislados no definen la entidad patológica (von Bertalanffy, 1993).

La T. G. S., propone que observemos el contexto dentro del que vive la persona y en particular, en las interacciones entre la persona, subsistemas diversos y el medio ambiente (familia y comunidad). Esta es la dinámica entre la persona y su medio ambiente inmediato que puede dar las pistas del inicio de la crisis, su duración y el resultado último.

Es necesario considerar que la persona es como un sistema conformado de varios subsistemas.

A. Lazarus (1976, 1981), menciona siete modalidades para comprender los problemas clínicos, las cuales son: conducta, afecto, sensación, fantasía, cognición, conducta interpersonal y el uso de fármacos.

Considera a una persona como un sistema, cuyo funcionamiento CASIC incluye cinco subsistemas: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo.

La evaluación debe hacerse en cada área y determinar la respuesta única de las personas al momento del suceso de la crisis, sea la pérdida de un ser querido, una lesión física, perder el trabajo o algún otro suceso. El estado de crisis se caracterizará por desorganización de uno o más de estos cinco subsistemas.

Puesto que nada toma lugar en el vacío, todos los aspectos de una crisis deben examinarse bajo la luz de diversos aspectos.

En el lenguaje general de los sistemas, estos contextos son "suprasistemas". Bronfenbrenner (1979), describe tres suprasistemas, cada uno 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 del trabajo, sistemas sociales de vecinos y estructuras gubernamentales comunitarias, incluyendo servicios sociales.

Por último, el **MACROSISTEMA** es la más grande de las estructuras contextuales e incluye valores culturales y sistemas de creencias que chocan entre comunidades, entre familias y finalmente con los individuos.

El sistema "persona", se comprende en términos de las cinco modalidades que forman la personalidad CASIC. El grupo familia-sociedad (microsistemas), describe el ambiente social inmediato dentro del que vive la persona.

En esencia, esto se refiere a los efectos sociales de Caplan y su importancia para comprender cualquier crisis en la vida del individuo. El grupo social inmediato puede ser una fuente de apoyo o de estrés.

En algunas crisis el suceso precipitante proviene de la familia/ contexto social; también la familia y los grupos sociales son capaces de ofrecer la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden.

Desde el punto de vista de la teoría de las crisis, la familia/ grupo social es el principal proveedor de apoyo. Caplan (1976), enfatiza que los apoyos interpersonales proporcionan ayuda para manejar emociones y controlar impulsos, un paralelo a la descripción de Lazarus (1980), del proceso de enfrentamiento.

Una premisa de la T.G.S. expresa que "el todo es más grande que la suma de sus partes". Un individuo es mucho más que la suma de conducta, sentimientos, atributos físicos, relaciones interpersonales y sentimientos.

Cuando estos aspectos del funcionamiento individual se examinan en su totalidad, integran una estructura de vida que es una función del estado de estos subsistemas, tan bien como las interacciones entre ellos, lo mismo que en una familia, entender su carácter único, se deben observar las personalidades de los miembros individuales, así como en sus interacciones con otros y la gestalt que surge cuando son vistas juntas como una unidad.

Los sistemas están continuamente unidos en transacciones uno con otro. La conducta de un individuo afecta a su familia, amigos y viceversa; del mismo modo, las familias afectan a las comunidades y las comunidades 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 (salida).

En virtud de estas transacciones, los subsistemas son interdependientes unos de otros. Aún cuando todos estén en contacto con todos, es imposible para un cambio importante que sucedan en una área sin tener algún impacto importante en otros sistemas con los que chocan.

Otra manera de disertar sobre esta interdependencia es mencionar que cada conducta o síntoma sirve a alguna función (Seiler, 1967). La labor del clínico es determinar la función que sirve a un síntoma en particular, ya que el trastorno de un miembro de la familia, puede servir para disuadir la atención de las relaciones destructivas en el sistema total de la familia.

Figley y Sprenkle (1978), sugieren que ésto es importante en la fase diagnóstica para estudiar cómo los intentos comunes de la familia para enfrentar la crisis de un miembro, podrían estar manteniéndola en vez de trasladarla hacia una resolución.

El principio de utilidad o funcionalidad significa que, conducta, pensamientos, sentimientos, etc., que pueden primero parecer completamente negativos o nocivos, deberían examinarse otra vez y observar a qué propósito

pueden estar sirviendo en el contexto de la familia y grupo social. Esto significa observar las ganancias y pérdidas de cualquier establecimiento de síntomas durante un estado de crisis.

La Teoría General de los Sistemas nos dice que cualquier característica obvia de un estado del sistema (como cólera, angustia, pensamientos desorganizados, conducta destructiva, incapacidad para el enfrentamiento), debe considerarse como el de servir a algún propósito para el sistema objetivo (la persona) y al suprasistema (la familia o grupo social).

Existen tres funciones esenciales en cualquier sistema:

- a) Adaptación al ambiente,
- b) Integración de diversos subsistemas y
- c) Toma de decisiones.

Menciona Stevenson (1977), que la desorganización en cualquiera de las tres, puede conducir a una crisis. En cierto sentido sería posible describir la crisis como una desorganización mayor en una adaptación persona/medio.

La segunda función de los sistemas -integración- concierne directamente a la definición de resolución de crisis que propone Slaikeu (1988); en donde se requiere una nueva consciencia de crisis (divorcio), o la necesidad de adaptar la imagen de uno mismo como consecuencia de un daño físico (pérdida de un miembro del cuerpo), para una reorganización de la

persona-sistema, de modo que varios subsistemas puedan otra vez trabajar juntos fácilmente.

La persona en crisis desconfía de lo que puede llevar a cabo, resultando una desproporción, desorganización y desequilibrio. Trabaja hacia la resolución de la crisis, teniendo como objetivo ayudar al organismo a integrar sus sistemas, un requisito de funcionamiento para todos los sistemas vivos.

En cuanto a la función de tomar decisiones de los sistemas, es un prerrequisito para el concepto de enfrentamiento en la teoría de la crisis 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.

Todos los sistemas de vida tienden a regresar a un estado de equilibrio o de homeostasia. Este concepto de la Teoría General de los Sistemas, sugiere que sistemas, sean personas o familias, no pueden tolerar el trastorno y la desorganización por un período largo. Los recursos del sistema pueden esperar para hacer los ajustes necesarios y realizar el regreso a alguna forma de equilibrio.

Stevenson (1977), describe lo anterior refiriendo que:

"El estado de seguridad se refiere al rango de flexibilidad posible, para cada uno de los muchos componentes de las unidades en todos los sistemas de vida. Este rango de flexibilidad quiere decir que el sistema puede permanecer estable, no obstante los cambios y desequilibrios que ocurran dentro y entre las unidades del mismo. Este rango de flexibilidad tiene límites. Cuando la flexibilidad del sistema se ejercita más allá de sus límites, se produce estrés, que constituye una amenaza para éste. Debe entonces utilizar sus capacidades para la adaptación, integración y la toma de decisiones para disminuir el estrés y estabilizarse."

La tendencia de los sistemas vivos a regresar a una estabilidad o restauración del equilibrio, es una manera más precisa de establecer la observación clínica que la intensidad de la crisis tiende a moderar en cuatro a seis semanas (Caplan, 1964). Es importante señalar, que el retorno a un estado de seguridad podría ser causa para la salud o enfermedad, en la medida en que la familia esté comprometida. O bajo la luz de los antecedentes, el regreso a la estabilidad puede ser positivo para una parte de la familia y negativo para otra.

Los sistemas vivos se caracterizan por la equifinalidad o la

capacidad de dos o más sistemas para lograr el mismo resultado final, aunque bajo diferentes condiciones y a través de rumbos distintos (Bertalanffy, 1993).

Stevenson (1977), ofrece el ejemplo de cómo diversas culturas educan a los niños como adultos utilizando diversas prácticas de crianza. El último propósito o punto final (adultos capaces, socializados), es el mismo; aún cuando el significado de realizarlo varía de cultura a cultura.

Lo mismo puede decirse de la resolución en crisis para individuos. El resultado final (integración dentro de la "manufactura" de la vida y disposición para enfrentar el futuro), puede enriquecerse de muchas maneras.

En el contexto general de los sistemas, el principio de equifinalidad corre opuesto a la idea de una simple relación de "causa-efecto", porque sugiere causalidad múltiple.

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

Antes de un suceso de crisis, el individuo (persona-sistema), se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar/social que está alojado en un ambiente comunitario, que es parte de una amplia cultura social.

El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo), choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto en cambio afecta a los otros suprasistemas (familia, comunidad, etc.).

En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos y amigos cercanos se involucran íntimamente en la crisis. Sólo como probable, sin embargo, vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad completa se afectan. A los pocos días siguientes al trastorno de crisis, las oportunidades para la primera ayuda psicológica de la familia y comunidad existen.

En las semanas subsecuentes, las etapas se dirigirán a restablecer el enfrentamiento y por último a resolver la crisis. Sea a través de una terapia en crisis formal (proporcionada por un trabajador entrenado mediante diversos sistemas comunitarios), o a través de recursos de ayuda naturales (familia, vecinos, medio), finalmente se producirá el equilibrio ya sea para la salud o para la enfermedad.

La resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la salud total de vecinos, comunidad y sociedad en general.

La atención al contexto durante el proceso de intervención es importante porque todas las crisis involucran algún tipo de interacción entre

un hombre y otro, aún cuando ésta es simbólica, como en el caso de duelo por la pérdida de pareja o soledad (Baldwin, 1979).

La Teoría General de los Sistemas, permite pensar en la persona en crisis y también en la familia, comunidad y sistemas culturales como un fondo para cada situación particular.

En la medida en que cualesquiera de estos sistemas se ignoren, el proceso de intervención se retrasará en modo similar. En cuanto a la atención dada al impacto de cada uno de ellos sobre el individuo, los recursos se inducirán para referir la crisis y la resolución positiva será enriquecida.

2.3.3 LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El aspecto más destacado de la teoría de la crisis es la idea de que ésta puede conducir a un crecimiento personal. Esta perspectiva eleva a la crisis de un plano de desesperación, negativismo, peligro y desorganización (sentimientos comunes), a uno más positivo: el sufrimiento, que puede estimular también el desarrollo personal y la madurez (Slaikeu, 1988).

El tema frecuente en el desarrollo de la crisis es que sus sucesos precipitantes están implicados en un proceso de maduración. Esta aproximación se observa más allá del suceso de crisis particular y se enfoca hacia el individuo bajo la luz de su desarrollo histórico.

Erikson (1966), define a la personalidad como un desarrollo durante el ciclo completo de la vida, claro está, cambiando radicalmente como una función de la forma en que un individuo aborda cada etapa del desarrollo. El sugirió rastrear el desarrollo psicosocial a través de ocho etapas, cada una de las cuales posee potencial de crisis. Dependiendo de cómo sea resuelto un número específico de problemas en cada nivel, el crecimiento de una persona podría detenerse en uno superior.

Las hipótesis principales detrás de la aproximación del desarrollo en las crisis de la vida 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 considerarse como una serie de transiciones o etapas, cada una caracterizadas por ciertas actividades o preocupaciones. Los teóricos de las etapas sostienen que el individuo debe superar las actividades de una de ellas para funcionar completamente en la siguiente.

3.- Las transiciones del desarrollo de los adultos, son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia.

4.- Aunque cada etapa es única, los motivos de los días juveniles son por lo general reconocidos o reelaborados durante todo el ciclo de la vida

(Neugarten, 1979). Rapoport y R. (1980), discuten el desarrollo a través de las etapas relativas al trabajo, familia y juego. Todas las etapas de la vida se contemplan como enfoque sobre alguna interacción de estos tres aspectos.

5.- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el contexto de la historia personal.

6.- Una crisis es una versión extrema de una transición. Las transiciones son puntos decisivos o regiones límite entre dos periodos de gran estabilidad (Levinson, 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).

Hay una gran cantidad de hipótesis para indicar cuando una transición se convierte en crisis. Estas son:

a) Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta. La transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser impedida por la falta de habilidad, conocimiento o incapacidad para correr riesgos.

Los déficit en las dos primeras áreas (información y habilidades), son por lo general, más fáciles para el clínico que las trata, que cuando la dificultad involucra un asunto de más complejidad al tomar riesgos, los que

son directamente comprometidos con cuatro de los subsistemas de la personalidad: conductual, afectivo, cognoscitivo e interpersonal.

Además de estas variables personales, los recursos físicos (dinero) y los sociales (amigos, apoyo externo), pueden ser factores determinantes críticos o no.

La sugerencia es que un déficit en alguna de estas cinco variables - habilidades, conocimientos, disposición al riesgo, recursos físicos y apoyos sociales-, pueden mantener a una persona para que logre actividades propias del desarrollo o desviarse a una transición predecible hacia la crisis.

b) Otras formas para comprender cómo una transición puede convertirse en crisis, es pensar en términos de la demanda de sobrecarga.

c) Una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes (Danish y D'Augelli, 1980).

d) Por último, un individuo podría experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si ese individuo se percibe así mismo como fuera de fase, con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad. Neugarten (1979), piensa que "todos nosotros cargamos "relojes mentales" que nos dicen si estamos dentro o fuera de tiempo con nuestros semejantes, la gente se refiere fácilmente a estos relojes y mencionan lo que consideran la mejor edad para contraer matrimonio, tener

hijos, ser abuela, cuándo debe establecerse un hombre en su profesión, alcanzar su máximo nivel, retirarse, e incluso que características de personalidad deben sobresalir en los períodos de edad sucesivos (por ejemplo, es apropiado ser impulsivo en la adolescencia, pero no en la madurez)".

Para poder 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 ha sido sometido a cambios en generaciones progresivas.

Para la teoría de la crisis, un énfasis sobre los cambios de horario biológico, psicológico y social es congruente con la estructura general de los sistemas, ya que no es suficiente con examinar un suceso en particular del desarrollo del individuo, sin entender también la percepción de éste de la "adaptación" entre él y lo que la sociedad espera.

El cuadro 1 presenta un panorama general de las etapas del desarrollo y los problemas de transición, ocupaciones y posibles sucesos de crisis relacionadas con cada una.

Cuadro 1 El desarrollo a través de las etapas de la vida: panorama general*

ETAPA	MOTIVO DE TRANSICIÓN	OCCUPACIONES/PREOCUPACIONES	POSIBLES SUCESOS DE CRISIS**
Infancia (0-1 años)	Confianza vs. desconfianza	Alimentar. Desarrollar discriminación sensorial y habilidades motoras. Obtener estabilidad emocional.	Trastorno en la alimentación. Enfermedad física. Lesión. Rechazo por el cuidador primario.
Primeros pasos hacia la independencia (1- 2 años)	Autonomía vs. vergüenza y duda	Cominar, hablar. Desarrollar el sentido de independencia. Adaptación a las demandas de socialización.	Lesión física. Conflicto con el cuidador primario sobre el incremento de asertividad, control de esfínteres, etc.
Infancia temprana (2-6 años)	Iniciativa vs. culpa	Habilidades de aprendizaje y control muscular. Desarrollar conceptos corporales y aprendizaje de diferencias sexuales. Aprendizaje de valores culturales y sentido del "bien" y del "mal". Desarrollar conceptos de la realidad física y social. Desarrollar habilidades interpersonales (familia y compañeros).	Lesión física. Conflictos con los maestros/padres: primeros juguetes sexuales. Conflictos con los maestros y compañeros. Ingreso a la escuela (jardín de niños o preprimaria). Pérdida de amistades por mudanza/migración.
Infancia media (6-12 años)	Industria vs. inferioridad	Dominar materias escolares (3 Rs, ciencia, humanidades). Desarrollar aprendizajes y habilidades para la solución de problemas. Relacionarse con compañeros, maestros y adultos desconocidos. Desarrollar el sentido de independencia dentro del contexto familiar. Desarrollar el autocontrol y tolerancia a la frustración.	Dificultades del aprendizaje en la escuela. Conflictos con compañeros. Conflictos con maestros. Conflictos con los padres. Cambio en la escuela.
Adolescencia (12-18 años)	Identidad vs. confusión del papel	Adaptación a cambios corporales y emociones nuevas. Logro gradual de la independencia de los padres/cuidador. Cuestionamiento de valores/ desarrollo de la filosofía de la vida. Exploración de relaciones personales. Exploración de alternativas vocacionales.	Menstruación. Relaciones sexuales. Embarazo no deseado. Graduación de preparatoria. Ingreso a la universidad. Conflicto con los padres sobre hábitos personales y estilo de vida. Rompimiento con la novia/novio; y compromiso. Indecisión en la profesión. Dificultades en el primer trabajo. Éxito. Fracaso en estudios, deportes.

ETAPA	MOTIVO DE TRANSICIÓN	OCCUPACIONES/PREOCUPACIONES	POSIBLES SUCEOS DE CRISIS**
Adulthood joven (18-34 años)	Intimidad vs. aislamiento	Seleccionar y aprender a vivir con un compañero/socio. Iniciar una familia. Desarrollar habilidades parentales. Decidir sobre el servicio militar. Iniciarse en una actividad. Desarrollar por completo el estilo de vida personal en un contexto social.	Rechazo por un socio potencial; flirteos extramatrimoniales. Separación, divorcio. Embarazo no deseado; incapacidad para soportar niños; nacimiento de un niño. Problemas de disciplina con los niños; enfermedad de los hijos; incapacidad para mejorar las diversas demandas del papel paternal. Ingresar al servicio militar; ser reclutado; evadir el servicio. Dificultades académicas; fracasos al graduarse en preparatoria/universidad; incapacidad para encontrar una carrera satisfactoria; desempeño deficiente en la profesión elegida. Adquisición de casa; dificultades financieras; conflicto entre la profesión y objetivos familiares; transición a la edad de los 30 años.
Adulthood media (35-50 años)	Generatividad vs. estancamiento	Adaptación a cambios fisiológicos de la madurez. Adaptación a cambios en los hijos (por ejemplo, a los adultos jóvenes). Abordar nuevas responsabilidades considerando otra vez a los padres. Incrementar la productividad y desarrollo de la consolidación socioeconómica. Reexaminar las elecciones tempranas de la vida (compañero, profesión, hijos) y reelaboración de motivos anteriores (identidad, intimidad). Modificar la estructura de la vida a la luz de cambios en la familia y responsabilidades de trabajo.	Conciencia de la decadencia física. Enfermedad crónica (de sí mismo o cónyuge). Climatario. Rechazo de hijos adolescentes rebeldes. Divorcio de un hijo. Decisión sobre el cuidado de padres ancianos. Muerte o enfermedad prolongada de los padres. Retroceso en la profesión; conflicto en el trabajo. Preocupaciones financieras. Cambio relacionado con un ascenso profesional. Desempleo. Conciencia de discrepancia entre los objetivos de la vida y los logros. Lamentos sobre decisiones preoces de no casarse, no tener hijos o viceversa. Insatisfacción con metas obtenidas. Promoción. Equipamiento/conflicto con el mentor. Problemas matrimoniales/flirteos extramatrimoniales. Regreso al trabajo (de la mujer) después de la crianza. Muerte de un amigo.
Madurez (50 a 65 años)	Generatividad vs. estancamiento	Adaptación a la vejez fisiológica (por ejemplo, cambios en la salud, disminución de fuerza). Preparación para la jubilación. Desarrollar mutuamente lo recompensado con respecto al crecimiento de los hijos. Reevaluar, consolidar las relaciones con el cónyuge/otro significativo o adaptación a su pérdida (muerte, divorcio). Ayudar a padres ancianos. Hacer productivo el uso del aumento en el tiempo libre.	Problemas de salud. Decisiones: jubilación (pasatiempo/nueva profesión). Cambios en la disposición física de la vivienda (de granja a un departamento en la ciudad). Conflicto en el crecimiento de los hijos. "Hijo vacío" (el último hijo deja el hogar). Muerte del cónyuge, divorcio. Conflicto con los padres. Resistencia a la jubilación (separación o prescindir papeles laborales/responsabilidades).

ETAPA	MOTIVO DE TRANSICION	OCUPACIONES/PREOCUPACIONES	POSIBLES SUCESOS DE CRISIS**
Vejez (50 años-muerte)	Integridad del yo vs. desesperación	Segunda aspiración/tercera carrera, y/o interés en pasatiempos. Compartir la sabiduría de la experiencia de la vida con otros. Evaluar el pasado y sentido de realización de satisfacción con nuestra propia vida. Disfrutar una cantidad razonable de comodidad física y emocional. Mantener suficiente movilidad para la variedad en el ambiente.	Dificultades financieras. Conflictos interpersonales con los hijos. Conflictos interpersonales con semejantes (por ejemplo, en una nueva vejez). Indiferencia por parte de los adultos jóvenes. Muerte de amigos. Conciencia de soledad. Enfermedad e incapacidad. Dificultad en la adaptación a la jubilación.

* Las etapas, motivos y ocupaciones representan resúmenes de J.E. Brophy, *Child development and socialization*. Chicago: Science Research Associates, 1977; C.E. Kennedy, *Human development: The adult years and aging*, New York: Macmillan, 1978; R.J. Havighurst, *Developmental tasks and education*. New York: Longmans, Green & Company, 1952; J.S. Stevenson, *Issues and crises during middle adolescence*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1977; E.E. 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. Kastenbaum, *Growing old: Years of fulfillment*. New York: Harper & Row, 1979.

** Sea o no que estos sucesos presenten "crisis", o no dependan de diversas variables, incluyendo la duración del suceso, así como los recursos financieros, personales y sociales.

Slaikau (1988), menciona que si bien la brecha entre la investigación y la práctica es aún muy grande, no obstante, es posible brindar a los practicantes algunas sugerencias:

1.- Considerar la posibilidad de que el suceso precipitante para cualquier crisis puede encajar en el intento del paciente por aferrarse a actividades del desarrollo.

2.- Ser más específico, ya que la crisis puede presentarse a través de algunas dificultades con el logro de ocupaciones de una etapa particular, buscar déficit que podrían estar contribuyendo a la dificultad: habilidades, conocimiento, disposición para correr riesgos, recursos físicos, recursos sociales y apoyos.

3.- Descubrir cómo el individuo percibe este suceso precipitante. ¿La persona averigua la fase o "termina" con las expectativas sociales (tener hijos, éxitos profesionales, etc.)? ¿Cuáles son los relojes sociales y psicológicos de las percepciones de la persona (Neugarten, 1979)?

4.- ¿Qué impacto tendrá el conflicto individual del desarrollo en la familia y amigos? Por ejemplo una mujer que elige regresar a la escuela o internarse en los negocios, podría precipitar adaptaciones para su esposo e hijos en su hogar. ¿Ellos están preparados para estos cambios?

5.- ¿Cómo este cambio externo de la madre al mundo de los negocios, se adapta a la autoimagen del marido y la estructura de vida, la que también puede estar sometida a un cambio, aunque en dirección contraria?

6.- ¿Cuál es el papel de las expectativas variables de la comunidad en el curso de una crisis individual?

7.- ¿Cómo, pasadas las expectativas y anticipaciones del individuo, se relacionan a la crisis?

Un punto muy importante es explorar la posibilidad de la estructura de la vida como un concepto para ayudar a la organización de los datos de la crisis.

Durante el tiempo de asesoría, podría ser productivo establecer que una crisis particular, pudiera ser un reflejo de la lucha del paciente con los problemas del desarrollo.

Prevenir al paciente en crisis contra la realización de compromisos súbitos a largo plazo durante el trastorno de una crisis del desarrollo.

Por último, todos los análisis y conexiones sugeridos entre los sucesos precipitantes y preocupaciones en el desarrollo, deberán ser tentativos, ofrecerse a los pacientes para su consideración y observar cómo creen que podrían adaptarse a una situación particular (Slaikeu, 1988).

Sin embargo no todas las crisis se limitan directamente al proceso natural de maduración; muchas son impredecibles, por lo cual se denominan Crisis Circunstanciales. La característica sobresaliente de estas crisis es

que el suceso precipitante (inundación, ataque físico, muerte de un ser querido, etc.), tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o etapa del desarrollo en el curso de la vida. Las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a cualquiera en cualquier momento.

Las características principales de las crisis circunstanciales según Slaikeu son:

1.- Trastorno Repentino.- En tanto que los problemas del desarrollo, por lo general, se forman en algunos años, las crisis circunstanciales parecen afectar desde ninguna parte, a todos al mismo tiempo.

2.- Lo inesperado.- En tanto que los individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida y prevenir la crisis, pocas están preparadas para, o creer que, les pueda ocurrir una crisis circunstancial.

3.- Calidad de Urgencia.- Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y el psicológico, con frecuencia se inician como urgencias que requieren de acción inmediata. Las estrategias de la intervención en crisis deben por consiguiente, tener en cuenta prioridades para valorarlas rápidamente, seguidas de la ejecución de etapas de acción apropiadas.

4.- Impacto potencial sobre comunidades completas.- Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas simultáneamente,

necesitando intervención grandes grupos en un período relativamente corto (incendio, terremoto, etc.).

5.- Peligro y Oportunidad.- En tanto que el peligro puede ser la principal seña de las crisis circunstanciales, se debe recordar que de la desorganización que sobreviene, se inicia en forma casual alguna forma de reorganización . Esta tiene el potencial para trasladar a la persona y su familia a niveles de funcionamiento altos y bajos.

El cuadro 2, resume la literatura representativa, enumerando las categorías principales, los sucesos relacionados con cada una, así como los recursos clave.

CUADRO 2. CRISIS CUONOSTRUCIALES

CATEGORÍA GENERAL	SITUACIONES CUONOSTRUCIALES	RISGOS CLAVE	REPERCUSIONES
Enfermedad física y lesión	Cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad que amenaza la vida, incapacidad física	Profesionales de la salud, clero, miembros de la familia, empleados, maestros.	Cirugía (Auerbach y Kilmann, 1977; Kimbrell y Slaikau, 1981); psicoterapia (Capone y cols., 1979; Winder, 1978; Kopel y Hock, 1978; Vachon, 1979); enfermedades que amenazan la vida (Sourkes, 1977; Faust y Caldwell, 1979); apoyos ambientales Bryant, 1978); incapacidad (Lane, 1976; Levinson, 1976; Spink, 1976; Bahr, 1980)
Muerte repentina /intempestiva	Accidentes y enfermedades mortales, homicidio, suicidio	Profesionales de la salud, clero, miembros de la familia, personal del servicio de urgencias, directores de funeral, policía	Proceso de duelo (Parkes, 1970; Lindemann, 1944; Vachon, 1979; Sheskin y Wallace, 1976); redes de apoyo (Caplan, 1976; Walker y cols., 1977; terapia de duelo (Carey, 1977; Weisman, 1976; Lindemann, 1944;
Crimen: víctimas y delincuentes	Asalto (robo, violación) violencia doméstica (niño y conyuge maltratados /abuso); encarcelamiento/libertad de delincuentes.	Policía, profesionales de la salud, vecinos, miembros de la familia, clero, abogados, vigilantes de la libertad bajo palabra, trabajadores sociales.	Violación (Burgess y Holmstrom, 1976; Mc Combe, 1980; Sutherland y Scher., 1976); víctimas de crímenes (Symonds, 1975); abuso de niños (Belsky, 1980; Borgman y cols., 1975; Brown, 1979; Hefner y Kempe, 1976; Parke, 1977); abuso del conyuge (Follingstad, 1977; Gelles, 1972, 1976; Straus, 1973, 1976; Steinmetz y Straus, 1973, 1976; Steinmetz y Straus, 1974; Walker, 1978); delincuentes (Kantor, 1978; Speer, 1974; Slaikau, 1977; Stratton, 1974;

CATEGORÍA GENERAL	SITUACIONES CIRCUNSTANCIALES	RECURSOS CLAVE	REFERENCIAS
Desastres naturales y provocados por el hombre	Incendio, inundación, tornado, huracán, accidente nuclear, choque aéreo	Trabajadores del servicio de urgencias, equipos de salud mental, capacitados, medios de comunicación	Desastres naturales (Birbaum y cols., 1976); desastres provocados por el hombre (Lifton y Olson, 1976; Schaar, 1980; Titchener y Cois., 1979; Gieser, Green y Winget, 1981); planeación de la comunidad (Butcher, 1980; Cohen y Abam, 1980; Harshbarger, 1976); investigación (Dyces y Quarantelli, 1976)
Guerra y hechos relacionados	Invasión u otra acción militar, toma de rehenes prisioneros de guerra.	Personal médico, capellanes, familias, psicoterapeutas	Combates casuales (Levey y cols., 1979; Figley & Sprengle, 1978; Horowitz y Solomon, 1975; Ishikawa y Swann, 1981; Williams, 1980); campos de concentración (Davidson, 1980; Epstein, 1980); rehenes (Sank, 1979)
Crisis circunstanciales de la vida moderna	Experiencia con drogas psicodélicas, contradicciones económicas (inflación, desempleo), migración/reubicación, separación/divorcio	Amigos, profesionales de la salud, trabajadores privados, patronos, abogados, clero, consejeros, amigos	Drogas psicodélicas (Twemlow y Bowen, 1979; Brown y Stackgold, 1976; Chen, 1977); desempleo (Fagin, 1979); migración (Fried, 1976; Levine, M., 1976; Levine, S.W., 1976; divorcio (Kraus, 1975; Cantor, 1977; Weingarten, Kalka, 1979; Wallerstein y Kelly, 1980; Weiss, 1979; Coogler, 1978; Kessler, 1978)

Entre las categorías presentadas en el cuadro anterior, tienen importancia para ésta investigación los correspondientes a Enfermedad física y lesión; así como el que señala los Desastres naturales y provocados por el hombre.

ENFERMEDAD FÍSICA Y LESIÓN:

El hecho de que el bienestar físico y psicológico están íntimamente ligados, es algo que los profesionales de la salud reconocen fácilmente.

Entre los desarrollos más importantes en esta área, se han hecho investigaciones de la relación entre los sucesos de la vida y el estrés (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Holmes y Rahe, 1967). En forma más amplia, Cousins (1979) y colaboradores, consagraron su atención hacia la sensibilización de los médicos a los efectos de las actitudes sobre el curso de la enfermedad. Simonton y colegas, hicieron un estudio importante sobre el cáncer y su tratamiento, sobre la hipótesis de que ciertos tipos de cáncer evolucionan porque los sucesos de la vida interactúan con actitudes psicológicas y además interfieren con el sistema inmunitario del cuerpo (Simonton, Matthews-Simonton y Creighton, 1978).

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia, para enfrentarlos y adaptarse. Sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave, cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo o incapacidad

física, conservan el potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío, hasta que la enfermedad o lesión puedan hacer inasequibles los objetivos de la vida o aún amenazar la propia vida.

Menciona Slaikeu, que es decisivo para determinar el curso final de la resolución de la crisis, la forma como el suceso se interpreta especialmente en relación a la autoimagen y planes futuros y cómo se realizan las adaptaciones conductuales.

Kimbrell y Slaikeu (1981), analizaron la literatura sobre enfermedades crónicas, con un énfasis particular en intervenciones que refuerzan el bienestar último, en vez del desarrollo de un papel enfermo. El síndrome de enfermedad crónica es el resultado posible de una crisis, seguida de una enfermedad grave.

La intervención en crisis se dirige a ayudar a estos pacientes y sus familias en: a) el uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad opresiva en el principio de la enfermedad), b) el desarrollo de las estrategias de enfrentamiento efectivas para las consecuencias de la enfermedad (actividades en la vida que se han modificado pero no dominado por la enfermedad), basado en un amplio rango de intervenciones, incluyendo apoyo, reestructuración cognoscitiva y consulta familiar.

Este enfoque alienta a los practicantes médicos a que se conduzcan desde la atención exclusiva, a la enfermedad y sus resultados negativos, hasta

la enfermedad en el contexto de las experiencias generales de la vida (Hamera y Shontz, 1978; Kling, 1980; Milles, 1979; Susman y cols., 1980).

Resume Slaikeu, que la enfermedad física y la lesión son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento del individuo, estructura de vida, autoimagen y de cómo se percibe el futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como desafío, amenaza o pérdida. En el lenguaje de sistemas, tienen un impacto sobre los otros aspectos de los sistemas de la persona (sentimientos, pensamientos, etc.) y un impacto notable sobre los siguientes suprasistemas más elevados (estructura social familiar). La terapia se dirige hacia la ayuda del individuo y su familia para la comprensión y el enfrentamiento con la enfermedad física en el contexto de estos otros sistemas.

DESASTRES NATURALES Y PROVOCADOS POR EL HOMBRE:

Existe una importante característica que es sorprendente en los desastres: afecta a mucha gente al mismo tiempo.

La consecuencia inmediata de los desastres (como incendios, inundaciones, tornados, choques aéreos etc.), es actualmente un estado de urgencia; deben tomarse decisiones inmediatas para salvar vidas y atender a los heridos. Miles pueden morir, dejando a muchos más enfrentando la pérdida.

El potencial para las crisis psicológicas se presenta en los días y semanas siguientes, en cómo los individuos enfrentan la pérdida. Desde una

posición ventajosa para los individuos y sus familias, los desastres familiares son inesperados para la mayoría.

Tienen fuerza, entonces, como para precipitar una crisis como la define Slaikeu: un estado de desorganización que se caracteriza por la incapacidad para enfrentar y con potencial para un deterioro de gran duración.

Gleser, Green y Wiget (1981), citan como un ejemplo clásico de desastre que precipitó la crisis en las vidas de los supervivientes, la tragedia en 1972, cuando se rompió una presa construida por la Buffalo Creek Mining Company, arrojando más de un millón de galones de agua dentro del Buffalo Creek Valley; en donde ciento veinticinco personas murieron y cuatro mil quedaron sin hogar.

En el análisis de los síntomas presentados, Titchener, Kapp y Winget (1976), agruparon reacciones al desastre dentro de : 1) los efectos agudos del impacto, 2) síntomas que persistieron meses y años después y 3) un carácter más penetrante y trastornos en el modo de vida.

Los trastornos agudos incluyen muchos síntomas como trastornos de memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad y pánico. Los síntomas que persistieron más allá de la fase aguda, continuaron con ansiedad, fobias, depresión, incremento en el uso de estimulantes y antidepresivos (tabaco y alcohol), pérdida del interés tanto por las relaciones sexuales, como por la búsqueda de recreaciones y la socialización en general.

Entre el carácter más pasivo y los efectos en el modo de vida, hubo un sentido de culpa y vergüenza por la supervivencia, el duelo no resuelto sobre la pérdida del ser querido y modo de vida, un sentido de desesperanza y vacío sobre la vida y disminución de la confianza. A lo complejo de los efectos transitorios y persistentes se le denominó "síndrome del superviviente" (Lifton y Olson 1976), quienes describieron este síndrome en términos de cinco categorías.

La primera es la impresión y ansiedad de la muerte, imágenes indelebles y recuerdos sobre el desastre, incluyendo sueños terroríficos.

La segunda categoría es la de la culpa de la muerte, la autocondenación dolorosa de los supervivientes por haber vivido en tanto que otros murieron.

En la tercera categoría se observa el entorpecimiento psíquico, el cual se caracteriza por un sentimiento de degradación y desensibilización a la experiencia, manifestándose en apatía, aislamiento y depresión.

La cuarta y quinta categorías de síndrome del superviviente, se manifiestan como deterioro de las relaciones humanas, en particular entre marido y mujer, patrón y empleado; así como una lucha interna por encontrar alguna formulación cognoscitiva del significado del desastre, con frecuencia en términos de convicciones religiosas.

Para aquellos a quienes la experiencia les provoca reacciones graves, los síntomas pueden esperarse para cubrir el espectro completo del trastorno emocional y conductual (Gleser, Green y Winget, 1981).

Frederick (1977 b), señala que la información disponible sugiere que por lo general, surge la hostilidad entre los amigos y la familia, se muestra resentimiento hacia los vecinos que no han sufrido una pérdida personal, o la cólera y desconfianza se dirige hacia el personal de ayuda. El resentimiento declarado, por lo general, ocurre después del choque inicial.

De igual manera, en las consecuencias del accidente nuclear de Three Mile Island, se dirigió la atención hacia el estrés psicológico sobre los residentes del área. La President's Commission on the Accident at Three Mile Island, concluyó que entre las consecuencias principales relacionadas con el accidente, estuvieron el estrés psicológico y los problemas de salud mental (Kemeny, 1979).

Una revisión de los estudios conducidos inmediatamente después del accidente, descubrieron que los síntomas como depresión y ansiedad en los residentes del área, continuaron casi un año después del accidente (Baum y cols., 1982).

Numerosos escritores proporcionaron pautas para planear estrategias de intervención y emplearse en desastres posteriores. Por ejemplo Frederick (1977 a), sugiere que:

A) La intervención en crisis es superior a la no intervención en el momento del desastre.

B) La intervención se debe llevar más allá de los procedimientos estándares de la psicoterapia y enfatizar las estrategias mediadoras e innovadoras convenientes a las necesidades de la comunidad y la naturaleza de las crisis particular.

C) Los programas más amplios son más efectivos que aquellos que se ubican en una localidad particular.

D) El lenguaje y los conceptos de salud mental deben evitarse hasta que "la gente de los desastres, que tienen necesidad de intervención en crisis, no se observe a sí misma como un enfermo mental y en el momento del hecho, por lo general no lo es".

E) Los expedientes de salud deben conservarse para que permitan continuar con la investigación y mejorar nuestra comprensión de la naturaleza de las relaciones y de la ineficiencia de diversas estrategias.

Harshbarger (1976), propone que se necesita un modelo ecológico de asesoramiento personal de grupo y servicios sociales de urgencia en la crisis para un gran número de gente. Su modelo identifica a los supervivientes e interventores-ayudantes como "clientes "que necesitan atención en las consecuencias del desastre.

Los sistemas formal e informal se utilizan en la comunidad en el proceso de intervención para ayudar a los clientes a manejar el estrés y a identificar los recursos (por ejemplo, la ayuda legal, bienestar o ayuda monetaria y apoyos sociales) y con eso facilitar el enfrentamiento.

2.4 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

En la revisión de la literatura sobre la intervención en crisis, Butcher y Koss (1978), señalan que, " los procesos reales por los que diversas intervenciones en crisis originan cambios individuales deseados, no han recibido atención suficiente para facilitar su evaluación... En general, a excepción de ciertos estudios, se han dirigido muy pocos esfuerzos de investigación hacia la revisión del modelo teórico, implícito en las estrategias de intervención en crisis ", por lo que a continuación se presentan los principios clínicos considerados por Slaikeu (1988): Duración, Objetivos y Evaluación.

DURACIÓN.- La terapia limitada en tiempo a corto plazo es el tratamiento de elección en las situaciones de crisis. La literatura propone que el proceso de ayuda tomará el tiempo que toma la mayoría de las personas que recobran el equilibrio después de un suceso de crisis, o cada seis semanas según Caplan (1985)

Casi todos los escritores definen la intervención en crisis como tomar en cualquier parte de una a seis semanas (Burgess y Baldwin, 1981), a

diferencia de las intervenciones que van de meses a años en la psicoterapia a largo plazo como mejor tentativa secundaria.

Al tener pocas sesiones se obtienen claras ventajas económicas y brindar terapia directa durante la crisis, también tiene ventajas terapéuticas adicionales.

Aumentamos las oportunidades del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y de traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada.

Ya que la experiencia de crisis en un momento de grandes riesgos, tanto para el paciente como la familia, la ayuda necesita estar disponible inmediatamente y en un sitio de fácil acceso.

Se supone que si un paciente tiene que esperar horas, días, o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro puede aumentar la crisis, resultando en pérdida de la vida (suicidio u homicidio).

Otro de los peligros es que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento pueden arraigarse profundamente en la vida del paciente y llegar a ser en extremo difíciles de cambiar más tarde.

El énfasis en el tiempo es para calcular tanto la reducción de peligro, como para aprovechar la motivación del paciente para encontrar algún

enfoque nuevo (sea de actitud o conductual), para enfrentarse a las circunstancias de la vida.

OBJETIVO: El objetivo de la intervención en crisis es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis.

Sin embargo, el paciente nunca regresa al nivel anterior de funcionamiento. Al tratar y resolver la crisis de la vida con buen resultado, la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento. El paciente concluye conceptuando la vida de modo distinto que antes que ocurriera la crisis (a menudo momentos más reales), y puede ser capaz de planear por completo nuevas direcciones para el futuro.

EVALUACIÓN.- Es importante la evaluación por las capacidades y deficiencias incluidas en cada uno de los sistemas involucrados en la crisis. Este principio de intervención crece de la perspectiva general de los sistemas en las crisis de la vida.

Los datos sobre lo que está mal en la vida de la persona, se complementan con lo que aún funciona. Las fuerzas y recursos sociales se pueden usar para ayudar a la persona a enfrentar la angustia de la crisis.

La labor del clínico es determinar que variables ambientales la precipitaron, apoyando en el hecho de que cada una de éstas ocurre en el contexto familiar, laboral, en el vecindario y sistemas comunitarios, cuáles

mantienen en la persona la desorganización y el sufrimiento; así como las que se pueden movilizar para facilitar el cambio constructivo en la situación. Emplear éste análisis conduce a una gran variedad de estrategias para el cambio.

TERAPEUTA O AYUDANTE DE LA CONDUCTA.- Desde que la intervención en crisis se considera una estrategia, se incluye para su uso, en un amplio rango de trabajadores a profesionales y para profesionales (familia, vecinos, sacerdotes, etc.).

Uno de los aspectos más sobresalientes del trabajo de la crisis, es que los terapeutas son más activos, directivos y orientados hacia la meta, que en situaciones de no crisis. Desde que el tiempo es corto, los terapeutas se convierten en participantes activos para tener acceso a la dificultad, las necesidades inmediatas precisas y movilización de los recursos de ayuda.

El desafío de la intervención en crisis no solo se vincula al trabajo eficaz y eficiente con el paciente, sino también con la suficiente flexibilidad para movilizar un rango completo de recursos del suprasistema (familia y comunidad), para trabajar hacia la resolución de la crisis del paciente.

Mientras que los terapeutas están relativamente más orientados hacia los objetivos y direcciones en el trabajo de la crisis, se debe alentar a los pacientes a que hagan todo lo que puedan por ellos mismos, siendo esto un principio básico de la intervención. El asesor en la crisis toma las

medidas de acción más directivas (llamar a uno de los padres, trasladar a la persona a su casa, iniciar la hospitalización de urgencia), solo cuando la desorganización excesiva y el trastorno excluyen al paciente de actuar sobre su propio interés.

En este enfoque gradual está implícito el intento de acrecentar las fuerzas del paciente que trabajan hacia el dominio de la situación.

INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

Un modelo amplio de intervención en crisis debe hacer algunas distinciones importantes en cuanto a: técnicas, duración del tratamiento, servicios específicos del rescate, objetivos y entrenamiento.

Se debe tomar en cuenta lo que ya sabemos de las crisis de la vida, es decir, cuales implican desequilibrio, altos riesgos, sentido de urgencia e inmediatez.

El modelo necesita considerar al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes (familiar, religioso, vecindario), un participante que a diario se compromete en interacciones/transacciones con el ambiente.

En el cuadro 3 se presenta un modelo de intervención para dirigir los resultados directamente.

CUADRO 3 INTERVENCIÓN EN CRISIS: UN MODELO AMPLIO

	INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN: PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA	INTERVENCIÓN DE SEGUNDO ORDEN: TERAPIA EN CRISIS
¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas.	Semanas a meses
¿Por quiénes?	Asistentes en la línea del frente (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc.)	Psicoterapeutas y asesores (psicológicos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia etc.	Terapia/Ambientes de asesoría: clínicas, centros de salud mental, acceso a instituciones, iglesias, etc.
¿Objetivos?	Reestablecimiento inmediato del enfrentamiento: dar apoyo; reducir la mortalidad; vincular a los recursos de ayuda.	Resolución de la crisis: enfrentar el suceso de crisis; integrar el suceso a la estructura de la vida; establecer la sinceridad/disposición para enfrentar el futuro.
¿Procedimiento?	Cinco componentes de la primera ayuda psicológica.	Terapia Multimodal en la Crisis.

La primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, la que implica, ayuda inmediata y que casi siempre toma sólo una sesión. La primera ayuda psicológica, fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula la persona en crisis con otros recursos de ayuda.

Además la pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina. Se puede señalar a los padres a brindar la primera ayuda psicológica a sus hijos de la misma manera que se les enseña, ahora la primera ayuda física en caso de urgencia.

Como se mencionó en el cuadro anterior, la primera ayuda psicológica implica una intervención breve tomándose donde sea, desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante.

La intervención en crisis de segundo orden, o terapia en crisis, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis.

Significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimiento, obteniendo dominio cognitivo de la situación), de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida.

El resultado deseado para el individuo es surgir listo y mejor dotado para enfrentar el futuro, y con este propósito, la terapia en crisis busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en una casualidad psicológica del suceso de crisis, ya sea por la crisis de desarrollo (transición de madurez), o circunstancial (muerte inesperada de un ser querido).

Como proceso terapéutico, la terapia en crisis es mejor comprendida como empresa a corto plazo (algunas semanas o meses). Idealmente, se acompañará de un periodo de seis semanas más, durante el que se restaura el equilibrio después de la crisis.

La terapia en crisis no solo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino de más habilidades y entrenamiento sobre la participación del ayudante que hace la primera ayuda psicológica. El psicoterapeuta es quizá la mejor categoría general bajo la que se incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, asesores pastorales, enfermeras psiquiátricas, orientadores escolares y otros que tienen orientación formal en terapia a corto plazo.

La primera ayuda psicológica y la terapia en crisis difieren una de la otra por la ubicación del servicio. La primera ayuda psicológica puede proporcionarse casi en cualquier lugar (teléfono, estación de autobuses, hogar, en la calle, oficina, etc.), en la terapia en crisis tienen los mismos requerimientos de espacio físico como cualquier otra forma de asesoría o psicoterapia (cuarto privado en el que el asesor y paciente o familia pueden hablar).

La terapia en crisis se distingue por sus procedimientos, apoyándose en el trabajo de Lazarus (1976, 1981), la terapia multimodal de la crisis examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos de cualquier crisis en el paciente.

La tentativa terapéutica completa se estructura alrededor de cuatro actividades de resolución de crisis (cada una de las que demanda uno o más de los subsistemas de la persona): supervivencia física expresión de sentimientos dominio cognitivo y adaptación conductual/interpersonal.

2.4.1 INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN. (PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA)

El objetivo de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento, según Caplan (1985) y otros teóricos, las crisis de la vida se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas y enfrentamientos adecuados anteriores.

Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que se siente incapaz de tratar las circunstancias en ese momento. La finalidad primordial del ayudante es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución al problema (R.S. Lazarus, 1980).

Existen tres aspectos que no debe olvidar el ayudante:

PROPORCIONAR APOYO: uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis, es dar apoyo y ayuda a la gente cuando la presión esta a lo máximo, brindando cordialidad, permitiendo que la gente hable y que evoque su angustia y su cólera.

REDUCIR LA MORTALIDAD: Se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis, en si reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación.

PROPORCIONAR ENLACE A RECURSOS DE AYUDA: es cuando el ayudante ha agotado sus recursos y suministros personales (Miller e Iscoe, 1963), lo que quiere decir que en vez de tratar de resolver de inmediato el problema total, el ayudante identifica las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a alguna otra persona, asistente o institución.

Esto orienta el proceso de ayuda y también pone límites a lo que se espera de cualquier persona, ya sea un sacerdote, trabajador de la línea telefónica de urgencia, vecino, abogado o patrón.

Berg, (1970); Knickerbocker y McGee, (1972); Lester y Brockopp, (1973) y Lister, (1976), son autores con base en los cuales se puede conceptualizar el proceso de la primera ayuda psicológica sobre los elementos claves de los modelos de entrenamiento representativos de la intervención en crisis postulados por ellos.

El elemento común en cada uno de éstos es un modelo básico de solución de problemas, rectificado a la luz de emociones intensas de las situaciones de crisis. Slaikeu (1988), menciona cinco pasos:

1) **HACER CONTACTO PSICOLÓGICO:** Se identifica en gran medida con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1951), en donde el escuchar con empatía es una precondición para cualquier actividad de ayuda.

El establecer contacto psicológico significa escuchar hechos y sentimientos (qué pasó, así como el cómo se siente la persona al respecto), y

emplear exposiciones reflexivas para que de esa manera la persona sepa que está siendo escuchada.

La primera labor del ayudante es la de estar atento a cómo los pacientes visualizan la situación y comunicar cualquier entendimiento que surja.

En 1977, Crow habla sobre los sentimientos o las concomitantes afectivas de la crisis, las cuales casi siempre son: estar ansioso, enojado o deprimido y describe la labor del ayudante no sólo como la de reconocer estos sentimientos, sino también, responder de una manera tranquila y controlada, resistiendo la tendencia a dejarse envolver en la intensidad de los sentimientos del paciente. Algunas veces el contacto físico no verbal es más efectivo que la sola comunicación verbal. Para establecer el contacto psicológico, por ejemplo, se puede tocar o abrazar a una persona que está muy trastornada.

El realizar el contacto psicológico es importante porque cumple algunos objetivos: El primero es que la persona en crisis se sienta escuchada, aceptada, comprendida y apoyada; lo cual conduce a la reducción de la intensidad de las emociones. También este contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, lo cual lleva a reconocer y legitimizar sentimientos de cólera, daño, angustia, etc., y de este modo reducir la intensidad emocional, así la energía puede reorientarse a efectuar algo sobre la situación.

2) **EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA:** La investigación se enfoca sobre tres áreas: pasado, presente y futuro inmediatos. El pasado inmediato se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desató o precipitó la crisis.

Para este efecto, es importante determinar el funcionamiento CASIC de la persona antes de la crisis, en donde el ayudante debe estar atento a las características sobresalientes de la vida conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva, atendiendo a factores cómo: ¿cuáles fueron las fuerzas de mayor evidencia?, ¿cuáles son las debilidades o deficiencias principales de la persona?, ¿por qué se interrumpió la solución del problema en un momento en particular?, ¿ha ocurrido alguna situación similar anteriormente?

Es aquí que la intervención se dirige por la premisa de la teoría de la crisis en que para la mayoría de la gente el estado de crisis tiene un suceso precipitante (¿cuál es?), una incapacidad para enfrentar algo y que conduce a la crisis. Las preguntas que surgen para investigar esa situación presente son: "quién, qué, dónde, cuándo y cómo". Es necesario descubrir quién está involucrado, qué y cuándo pasó y así sucesivamente.

También es importante estar atento a las características sobresalientes del funcionamiento CASIC de la crisis en la persona. ¿Cómo se siente en este momento la persona (afectivo)?, ¿Cuál es el impacto de la crisis en la vida de la familia y amigos (interpersonal) y salud física (somática)?, ¿Cómo se afectaron las rutinas (conductual)? y/o ¿Cuál es la

naturaleza de las rumiaciones mentales de la persona, incluyendo pensamientos, fantasías, sueños diurnos y nocturnos durante la crisis (cognoscitiva)?

En el transcurso de la crisis se debe dar atención a las capacidades potenciales del individuo, buscando alternativas de solución a las debilidades que se presentan.

Un último aspecto que es necesario tomar en cuenta responde a la pregunta ¿Cuáles son las probables dificultades futuras para la persona y su familia? Dependiendo de las circunstancias, también puede necesitar posteriormente, asesoría a corto plazo para ayudar en su condición a través del colapso y aprender de él.

De cualquier manera, estos componentes de la Primera Ayuda Psicológica, se toman como Dimensiones del Problema.

En este aspecto de la primera ayuda psicológica, el objetivo primordial consiste en trabajar hacia un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías: a) problemas que deben tratarse de inmediato y b) problemas que se pueden posponer. Durante la confusión y desorganización del estado de crisis, la gente intenta tratar todo al mismo tiempo. Es difícil percatarse en ese momento de lo que debe ser atendido de inmediato y lo que puede esperar unos pocos días, semanas o meses. La intervención del ayudante en ese proceso de ordenamiento es de vital importancia.

Con las exposiciones reflexivas del contacto psicológico, es importante mencionar que el simple relato que la historia en términos muy concretos ayuda a soportar la descarga emocional y permite la mejor comprensión del paciente de lo que se necesita hacer para superar la crisis. La primera ayuda psicológica, presenta un beneficio terapéutico inmediato para el paciente y permite que tanto el ayudante como el mismo paciente, lleven a cabo la planeación de las siguientes etapas terapéuticas.

3) EXPLORAR LAS SOLUCIONES POSIBLES: Es el reconocer un rango de alternativas de soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores que se hayan identificado previamente. Se exploran los pros y contras de cada una de las soluciones, se resumen y se categorizan como adecuadas a las necesidades inmediatas y posteriores identificadas.

La hipótesis es que, la impotencia de encontrar alternativas puede impedirse al estimular al paciente a producir ideas sobre lo próximo a realizar, ayudándolo a operar desde una posición fuerte en vez de una débil.

4) AYUDAR A TOMAR UNA ACCIÓN CONCRETA: Involucra ayudar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis, implementando lo convenido sobre las soluciones inmediatas dirigidas a abordar las necesidades del paciente.

El papel del ayudante ya sea como directivo (intento suicida), o como facilitador (problema conyugal), dependerá de la mortalidad o de la capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio.

5) **SEGUIMIENTO** : El objetivo primordial es ante todo completar de nuevo la retroalimentación o determinar si se han o no realizado los propósitos de la primera ayuda psicológica, lo cual implica deducir información y establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el progreso.

Además, el seguimiento facilita otras etapas hacia la resolución de la crisis, esto permite al ayudante operacionalizar las soluciones posteriores.

Los cinco pasos anteriores pueden resumirse en el Cuadro 4.

CUADRO 4 CINCO COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

COMPONENTE	ACTIVIDADES DE LA CONDUCTA	OBJETIVO
1. Hacer contacto psicológico	Invitar al paciente a platicar; estar atento a hechos y sentimientos; resumir/reflejar hechos y sentimientos; Declaración de empatía; Comunicar interés; Hacer tomar físicamente el control; Control de calma; o una situación; Interés	Hacer sentir al paciente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Intensidad de la ansiedad emocional reducida. Capacidades para la solución de problemas mejoradas
2. Examinar las dimensiones del problema	Preguntar por: Pasado inmediato: Suceso precipitante; Funcionamiento CASIC de la precrisis: (fuerzas y debilidades). Presente Funcionamiento CASIC del presente (fuerzas y debilidades); Recursos personales (internos); Recursos sociales (externos); Mortalidad Futuro inmediato Decisiones inmediatas: esta noche, fin de semana, próximos días/semanas	Orden de rango: a. Necesidades inmediatas, y b. Necesidades posteriores
3. Examinar las soluciones posibles	Preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; Explicar lo que puede/puede hacer ahora; Proponer otras alternativas; Nueva conducta del paciente; Reducción de la búsqueda de ayuda externa; La reunión; Cambio ambiente	Identificar una o más soluciones y necesidades inmediatas y posteriores
4. Ayudar a tomar una acción concreta	Ver las ideas	Identificar soluciones inmediatas; Mantener o encontrar necesidades inmediatas

ACCIÓN CONCRETA: AYUDANTE DE LA CONDUCTA.

1. (a) La persona está en peligro y (b) la persona no está en peligro	2. (a) La persona no está en peligro y (b) la persona no está en peligro	3. (a) La persona no está en peligro y (b) la persona no está en peligro
---	--	--

COMPONENTE	AFIRME DE LA CONDUCTA	OBJETIVO
5. Seguimiento	Identificar la información segura; Explorar posibles procedimientos de seguimiento; Establecer el contrato por el recontacto	Asegure la retroalimentación de los tres subobjetivos de la primera ayuda psicológica: Apoyo recibido: Mortalidad reducida; Enlace con recursos consumados Establecimiento de la fase siguiente en movimiento: Soluciones posteriores; Si (a) las necesidades inmediatas se encontraron por soluciones inmediatas y acción concreta tomada, y si (b) el enlace para necesidades posteriores se realiza, entonces deténgase. Si no, regrese a la Etapa 2 (Dimensiones del problema) y continúe

2.4.2 INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN. (TERAPIA EN CRISIS).

Esta terapia retoma al paciente en donde la primera ayuda psicológica lo deja de apoyar en el proceso de reconstrucción de una vida afectada por un suceso externo, sea muerte de un ser querido, pérdida de un miembro del cuerpo, o cualquier otra crisis, ya sea circunstancial o del desarrollo.

Lo importante de la terapia en crisis radica en el hecho de que todo lo que el terapeuta realiza, lo dirige a ayudar al paciente para tratar el impacto del suceso de crisis en cada área de su vida.

La Terapia en Crisis intenta ayudar al paciente a resolver la crisis, la cual es definida por Slaikeu como: Enfrentar el suceso de crisis de modo que se llegue a integrar funcionalmente dentro de la estructura de la vida, dejando al paciente dispuesto, en vez de indisposto, para enfrentar el futuro. Este proceso de enfrentamiento es un esfuerzo mucho más amplio que en la primera ayuda psicológica, requiriendo más tiempo y un mejor nivel de entrenamiento del terapeuta.

Es importante retomar que no todos los que sufren una crisis en la vida, necesitan terapia para resolverla. Sin embargo, muchos otros no prosperan tan bien y son éstos quienes se acercarán a asesores y terapeutas entrenados en Psicología, Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social, o alguna otra especialidad profesional implicada en terapia a corto plazo.

La terapia en crisis es la más eficaz cuando coincide con el período de desorganización (seis semanas aproximadamente), de la crisis en sí misma; hasta que alguna forma de organización invariablemente tome lugar en esos momentos, por lo cual es importante ofrecer ayuda inicial, para aumentar la posibilidad de que la reorganización se dirija al crecimiento y se aleje del debilitamiento; por lo cual es importante la valoración, el tratamiento y la evaluación de los componentes de la terapia en crisis.

Slaikau (1988), retoma el trabajo de Lazarus y otros autores (1976, 1981), quienes sugirieron un enfoque multidimensional de la psicoterapia, modificándola a las circunstancias de la crisis.

El cuadro 5 enumera cada uno de los sistemas de la personalidad CASIC, que se convierte en el centro de la terapia en crisis; marcando ciertas diferencias:

- 1) Eliminación de la categoría de drogas, codificación de fumar tabaco, tomar alcohol, medicamentos y otras sustancias como actividades conductuales;
- 2) incluir todas las variables del funcionamiento físico (incluyendo las sensaciones de la visión, tacto gusto, olfato y oído). bajo el funcionamiento somático;
- 3) codificar imaginación y dimensiones cognoscitivas bajo una titulación (cognoscitiva).

El sistema Conductual, se refiere a actividades manifiestas, en particular el trabajo, juego y otros patrones importantes en la vida, incluyendo ejercicio, dieta, patrones de sueño y uso de drogas, alcohol y tabaco. Cuando se valora el funcionamiento conductual del paciente, se da atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas y áreas de capacidad o incapacidad.

Las variables Afectivas, incluyen un rango total de sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas, sobre un suceso traumático o la vida en general. También se da atención a la valoración de la congruencia social o la rivalidad entre el afecto y diversas circunstancias de la vida.

El funcionamiento Somático del paciente, se refiere a todas las sensaciones corporales, incluyendo tacto, oído, olfato, gusto y visión. En situaciones de crisis son importantes las correlaciones somáticas de la angustia psicológica y/o problemas físicos que pudieran precipitarla. La valoración de esta modalidad conduce directamente a la primera labor de la resolución de la crisis: la supervivencia física.

La modalidad Interpersonal, incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el paciente y familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Se proporciona atención al número de contactos en cada una de estas categorías y a la naturaleza de las relaciones, en particular el papel que toma el paciente con algunos íntimos (co-igual, líder, pasivo/dependiente, etc.).

Bajo la modalidad Cognoscitiva, se codifican los procesos mentales. Es aquí que se incluyen imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro; así como rumiaciones no controladas relativamente, como sueños tanto diurnos como nocturnos. Es la cognición un nivel que se emplea para referir el rango total de pensamientos y en particular las aseveraciones que hace la gente de sí misma con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico y otros. Incluye valoración del pensamiento psicótico, sobregeneralización, pensamiento catastrófico o irracional.

CUADRO 5 PERFIL DE LA PERSONALIDAD CASIC

MODALIDAD/ SISTEMA	VARIABLES/SUBSISTEMAS
Conductual	Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicio, dieta (hábitos alimenticios y de bebida), conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas o tabaco; presencia de cualesquiera de las siguientes: suicida, homicida o actos agresivos. Métodos de enfrentamiento acostumbrados con estrés.
Afectiva	Sentimientos sobre cualesquiera de las conductas mencionadas; presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, alegría depresión, etc.; afectos apropiados a las circunstancias de la vida (los sentimientos se expresan u ocultan?)
Somática	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otra afección somática; estado general de relajamiento/tensión; sensibilidad de la visión, tacto, gusto, olfato, oído
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, fuerzas interpersonales y dificultades; cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos; papel asumido con diversos íntimos (pasivo, independiente, líder, co-igual); estilo en la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido); modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
Cognoscitiva	Sueños actuales de día y noche; imágenes mentales del pasado o futuro; autoimagen; propósitos de la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de la vida; presencia de cualesquiera de lo siguiente: catástrofe, sobregeneralizado, delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida

Es importante valorar las imágenes o descripciones mentales, (función del hemisferio derecho del cerebro); así como los procesos de pensamiento-concepto/verbal (hemisferio izquierdo). También se encontró que la imaginación juega un papel muy importante en la psicopatología.

Los valores y creencias religiosas también son parte importante del funcionamiento cognoscitivo del individuo. Los métodos utilizados por los científicos conductuales, excluyen la valoración de una dimensión espiritual. creencias declaradas del individuo, valores y la filosofía general de la vida, éstas se encuentran tan disponibles al médico como cualquier otra variable cognoscitiva; ya que por lo general ejercen una poderosa influencia en los individuos.

Ahora bien, la valoración en la terapia en crisis se construye sobre las suposiciones siguientes según Slaikeu:

1. Se debe ser capaz de valorar el impacto del suceso de crisis sobre las cinco áreas del funcionamiento de la persona.
2. Los cinco subsistemas CASIC, aún cuando se valoran por separado, se interrelacionan de tal modo, que los cambios en uno pueden conducir al cambio en los otros, lo cual debe ser aprovechado por el terapeuta promoviendo cambios positivos.
3. Valorar las capacidades y debilidades en el funcionamiento CASIC durante la crisis, movilizandó las primeras para apuntalar las segundas.

4. La valoración de la crisis de un individuo debe incluir las variables contextuales de la familia/ambiente social, comunidad y cultura. Estas variables del suprasistema, pueden mantener un nivel actual de angustia, o ser fuente de apoyo social.

5. Organizar los procedimientos de valoración para permitir la evaluación al final de la terapia y algunos puntos del seguimiento.

6. El propósito de la valoración no es crear una clasificación diagnóstica, sino proporcionar un perfil CASIC del funcionamiento de la crisis, en el contexto de un perfil similar del funcionamiento pre-crisis CASIC, los que producirán pautas concretas para la selección de las estrategias de crecimiento.

Los datos para la valoración se pueden obtener de diversas fuentes, siendo la principal la Entrevista Clínica.

Empleando la estructura CASIC como mapa cognoscitivo, el clínico investiga el funcionamiento del paciente. Sea hablando a solas con el paciente o con sus parientes y amigos cercanos, se determina el impacto del suceso de crisis sobre el funcionamiento de las diferentes modalidades.

Es importante que ya sea que los clínicos cuenten exclusivamente con la entrevista clínica o incluyan cuestionarios, es importante que la información se obtenga de cada una de las áreas que a continuación se mencionan:

1. Suceso(s) precipitante(s)
2. Problema presente
3. Contexto de la crisis
4. Funcionamiento CASIC pre-crisis
5. Funcionamiento CASIC durante la crisis.

Es muy importante dar especial importancia a las "disrupciones" en cada una de las modalidades cuando se determine el impacto del suceso de crisis sobre el funcionamiento CASIC. Se debe situar la atención sobre áreas que no se han afectado, o que pudieron reforzarse como resultado del suceso de crisis.

La tarea inicial del Tratamiento, es traducir el perfil CASIC de la crisis dentro del lenguaje de la misma. Esta información se concibe no sólo como la representación del estado de un subsistema particular, sino más bien como guía de la actividad del paciente durante el proceso de enfrentamiento, esto es, las cuatro tareas de la resolución de la crisis:

1. Supervivencia física en las consecuencias de la crisis
2. Expresión de sentimientos relacionados con la crisis
3. Dominio cognoscitivo de la experiencia completa
4. Adaptaciones conductuales/interpersonales requeridas a futuro

Menciona Slaikeu que la premisa que conduce la terapia en crisis, es el que una persona prospere a través de la crisis, integre el suceso de crisis dentro de la estructura de la vida y continúe con el deber de vivir;

para ello es necesario realizar las cuatro tareas anteriormente mencionadas. Todas las estrategias terapéuticas se introducen con el propósito de ayudar al paciente a que gestione actividades en una o más de estas áreas.

En el cuadro 6 se resumen las posibles actividades y estrategias terapéuticas relacionadas con cada una de las cuatro tareas de la resolución de la crisis.

Según Slaikeu la evaluación incluye más que la simple verificación del estado de cada una de las modalidades de la personalidad CASIC, o subsistemas, aún cuando es con ellas que se inicia la valoración del seguimiento; ya que lo que se desea es el observar a la persona completa, que es más que la simple suma de las etapas de cada uno de los cinco subsistemas.

Sólo al evaluar el estado del funcionamiento del individuo en el seguimiento a lo largo de las mismas dimensiones como se estimó en la pre-crisis y los períodos de crisis, se es capaz de decir si la crisis se ha o no resuelto y en qué dirección. Esto puede sintetizarse en el Cuadro 6.

CUADRO 6 CUATRO TAREAS DE LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

TEMA	MODALIDAD	ACTIVIDADES DEL PACIENTE	ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS
Supervivencia física	Somática	a. Preservar la vida y prevenir el suicidio, homicidio; b. Mantener la salud física	a. Ofrecer la primera ayuda psicológica b. Consultar con el paciente sobre nutrición, ejercicio y relajamiento
Expresión de sentimientos	Afectiva	a. Identificar y b. Expresar sentimientos relacionados con la crisis de una manera socialmente adecuada	a. Discusión del suceso de crisis, con particular atención en cómo se siente el paciente en diversos aspectos de la crisis b. Educar al paciente sobre el papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico completo, y estimular formas adecuadas de expresión
Domnio cognoscitivo	Cognoscitiva	a. Desarrollar la comprensión basada en la realidad del suceso de crisis b. Comprender la relación entre el suceso de crisis y las creencias del paciente, expect., "asuntos inconpletos", imágenes, sueños y objetivos para el futuro c. Adaptación/cambio de creencias, autoimagen y planes futuros bajo la luz del suceso de crisis	a. Revisión del suceso de crisis y circunstancias circundantes b. Discutir los pensamientos precrisis y expectativas, planes e impacto del suceso en cada una de estas áreas c. Ayudar al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y diálogo interno
Adaptaciones conductuales/interpersonales	Conductual, Interpersonal	a. Realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego, y relaciones con la gente bajo la luz del suceso de crisis	a. Revisar con el paciente los cambios que puedan requerirse en cada una de las principales áreas; utilizar sesiones de terapia, asignación de tareas y cooperación del sistema social, facilitar el cambio en cada área.

2.5 INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS SALAS DE URGENCIA DE HOSPITALES.

La visita a la sala de urgencias por sí misma, llega cuando el paciente y su familia son los primeros que sienten la crisis. El choque, la cólera, la histeria y aún la violencia física, son algunos de los síntomas de pacientes en crisis en las salas de urgencias. En virtud de su presencia en el principio de la crisis, los trabajadores de la sala de urgencias tienen la oportunidad de conocer las dificultades potenciales en adaptaciones futuras y referir a los pacientes a servicios de salud mental.

La capacidad de las salas de urgencias para tratar las concomitantes psicológicas de las urgencias físicas varía ampliamente.

Por tradición estas salas ofrecen tratamiento médico, de protección a la vida, con poca atención -en términos de espacio físico, entrenamiento de personal y política administrativa- a los problemas psicológicos de los pacientes y familias.

Bassuk y Gerson (1979), mencionan que mientras que el uso de las salas para urgencias psiquiátricas se eleva, muchas no están preparadas para proporcionar los servicios esperados.

Además del uso de las salas para urgencias estrictamente psiquiátricas, muchos pacientes presentan combinaciones de quejas somáticas y psicológicas (McCarroll y Skudder, 1960; Palarea, 1965). Esta mezcla de

quejas, con frecuencia conduce a un mal diagnóstico y por último, a un tratamiento inadecuado.

Soreff (1978), hace referencia a la relación opuesta entre tratamiento y estrés, donde es especialmente importante atender los factores físicos y emocionales de una urgencia, lo que a menudo es una tarea difícil para el personal orientado a ofrecer solo tratamiento médico.

Han indicado ciertos investigadores (Amdur y Tudor, 1975; Beaham, 1970; Blane, Muller y Chafetz, 1967; Knesper, Landau y Looney 1978; Linn, 1971; Spitz, 1976), que las salas de urgencias para el personal médico residente, con frecuencia, están mal equipadas para brindar cuidados psiquiátricos. A los residentes se les conoce por su aversión al trabajo en éstas, ya que responden con ansiedad, desempeño deficiente y aún evitación fóbica.

Tales reacciones conducen a diagnósticos sin sentido, bajo referencias de enfermedades psiquiátricas (Jacobsen y Howell, 1978; Spitz, 1976; Summers, Rund y Levin, 1979), rechazando a los pacientes (Satin, 1972; Soreff, 1978) y aún el fracaso para tratar los problemas físicos, una vez que se clasificaron como psiquiátricos (Amdur y Tudor, 1975).

Los autores mencionados anteriormente mencionan que estos fracasos para proporcionar el cuidado adecuado, se atribuyen fundamentalmente a dos factores: ignorancia del personal sobre la sala de urgencias y desorganización del hospital.

Hankoff y Col. (1974), indican algunos factores que impiden el desarrollo de los servicios psiquiátricos en las salas de urgencias:

- 1.- Por lo general, el personal está orientado a tratar urgencias médicas diagnosticables.
- 2.- Debe trasladarse rápido a los pacientes para tener espacio para atender a otros.
- 3.- Los servicios de urgencias no están hechos para el seguimiento de los pacientes.
- 4.- La evaluación rápida no permite que se registren sus historias.
- 5.- El uso excesivo de la sala para urgencias no médicas provoca sobrecupo, lo que conduce a numerosas referencias a servicios de salud mental.
- 6.- Se contempla a los familiares como una carga de consumo de tiempo.

Probablemente los estudios realizados por los autores anteriormente señalados, han dado pie a que surjan otras investigaciones que permiten retomar la importancia de la atención en crisis en las salas de urgencias.

Uno de los estudios realizados al respecto se llevó a cabo por Edlis-N, del Departamento del Servicio de Trabajo Social en el Centro Médico

B'nain Zion en Haifa, Israel; esta investigación fue publicada en 1993 en la Soc-Work-Health-Care; en el reporte se manifiesta que se trabajó con profesionales del cuidado de la salud dentro del hospital y en organizaciones en comunidad para establecer un centro de crisis de violación en el cuarto de emergencia. El departamento desarrolló procedimientos, normas y protocolos para el centro, formó y dirigió seminarios de entrenamiento para el hospital y personal de la organización de la comunidad y creó un plan para la intervención en crisis.

Muchos programas innovadores "amplios" de salas de urgencias tienen diferentes patrones de personal que incluyen voluntarios, estudiantes y profesionales, enfermeras, trabajadores sociales, consultores, psicólogos, psiquiatras, pasantes en psicología, médicos, residentes y equipos multidisciplinarios.

Aún cuando los programas, personal y tipo de distribución del servicio pueden variar, el propósito se queda en lo mismo: usar los recursos comunitarios disponibles para proporcionar cuidado amplio a los pacientes en crisis.

2.6 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN TORNO A LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN EL EXTRANJERO

De la revisión realizada sobre intervención en crisis en diferentes bancos de datos, se localizaron 1200 estudios realizados en el período de 1984 a 1994 en varios países; los temas de intervención en crisis

son muy variados ya que se puede aplicar por ejemplo en hipnoterapia y personalidades múltiples; en prisioneros y sus hijos; visitas a domicilio; en gente de campo en Alaska; en enfermos de V.I.H.; en incestos; en notificación de un familiar muerto; en familia agresiva; en muerte perinatal; en adolescentes; por teléfono; en terapia sexual; en pacientes con cáncer; en desastres; en un centro correccional; contra ataques terroristas; en divorcio; en violaciones; en sobrevivientes en la guerra del Golfo Pérsico; en intento de suicidio; en niños maltratados, etc.

Como se puede observar, los estudios de intervención en crisis son empleados donde existe una alteración emocional tanto en un individuo como en una sociedad. Los resultados de estos estudios tienen un fin común, el de prestar una ayuda rápida que permita enfrentar el suceso, recuperar el equilibrio, darle un sentido a la problemática que lo atañe, reintegrar a la vida diaria y salir fortalecido del conflicto, prepararse para otros eventos similares o diferentes y que los mismos individuos busquen alternativas de solución al problema.

A continuación se mencionan algunas investigaciones que muestran la importancia de la intervención en crisis:

A) En el estudio: "Intervención de crisis en el servicio de emergencia de un hospital general", realizado por Corten P. y Pelc I. (adscritos a los laboratorios de psicología de la Universidad Libre de Bruselas), y publicado en 1989 en la revista Psiquiátrica de Bélgica, se indica que dos hospitales generales de Bruselas registraron en 1977, 47% de

todo el tráfico de emergencia de ambulancias. Más de 50.000 pacientes fueron examinados ahí en un año.

Una muestra de 12.000 registros al azar fueron analizados. De este archivo, 1707 casos psicosociales se llevaron a cabo. El estudio siguió el progreso de los pacientes durante la situación de crisis. Las pruebas estadísticas señalaron con precisión que la variable más determinante fue la de los síntomas.

Siete síntomas cubrieron más del 95% de las intervenciones. Estos síntomas incluyeron: alcoholismo, intentos de suicidio, conducta anormal, problemas psicológicos, problemas somáticos, violencia, drogadicción.

Los análisis estadísticos revelaron que las dos variables más importantes que llevaron a las intervenciones en crisis en el cuarto de emergencias fueron el tiempo usado para el paciente y la frecuencia de llamadas al psiquiatra. Otras variables usadas para obtener el progreso de los pacientes fueron: la forma de llegada, diagnóstico y destino final.

B) Andreoli A.; Gex Fabry M.; Aapro N.; Gerin P. y Dazord A., de la clínica psiquiátrica de la Universidad Psiquiátrica de Génova, publicaron un artículo en la revista J-Nerv-Ment-Dis en 1993. En este trabajo manifiestan que compararon las relaciones entre la respuesta a un programa de intervención de crisis a un resultado de largo plazo en 31 pacientes deprimidos con y sin trastornos de personalidad DSM-III-R (PD).

La presencia de PD predijo un resultado más pobre de 2 años. Los sujetos PD con mejor alianza de trabajo y percepción incrementada al término de la intervención de crisis habían aumentado su docilidad (complacencia) con un tratamiento psiquiátrico a largo plazo ($p < .005$) y un resultado mejor de 2 años ($p < .005$).

Una docilidad (complacencia) incrementada con un tratamiento psiquiátrico a largo plazo predijo un mejor resultado en los pacientes PD ($p < .005$). Ninguna de estas relaciones significantes se observó en el grupo de comparación sin PD, por lo que los autores sugirieron que el establecer un procedimiento de tratamiento efectivo puede ser especialmente importante para un resultado de pacientes PD.

C) Atlas J.A., del Colegio de Medicina Albert Einstein del Estado de Nueva York, publicó el estudio: "Crisis y Terapia Aguda Breve con Adolescentes", en la Revista Psiquiátrica en el verano de 1994. La investigación fue realizada en el Centro Psiquiátrico para niños del Bronx. En este ensayo se relata que en las dos últimas décadas se ha desarrollado una gran variedad de avances de una terapia breve típicamente dirigida a ayudar a los adultos con neurosis o problemas caracterológicos en situación de paciente externo.

Este escrito describe las formas en las cuales algunas de estas técnicas han sido adaptadas para ser utilizadas con adolescentes sumamente trastornados y brindar tratamiento de emergencia en el cuarto de crisis y trabajar con pacientes hospitalizados.

D) Edlis N., del Departamento de Servicio de Trabajo Social del Centro Médico B'nai Zion de Haifa, Israel, publicó en 1993 un estudio referido a las Crisis de Violación. En este texto, el autor destaca que el departamento de trabajo social colaboró con profesionales del cuidado de la salud dentro del hospital y en organizaciones comunitarias, para establecer un centro de crisis por violación en el cuarto de emergencia del hospital.

El departamento estableció procedimientos, normas y protocolos para el centro de crisis, desarrolló y dirigió seminarios de entrenamiento para el personal del hospital y la comunidad organizada y formuló un plan para la intervención en crisis.

E) Otro estudio de Intervención en Crisis, realizado por el Dr. Agustín Palacios y otros colaboradores, fue publicado en la Revista Internacional de Psicoanálisis en 1986, a partir de la investigación: "El efecto traumático de la comunicación masiva en el terremoto de la ciudad de México", en donde se describe y evalúa la respuesta de la salud mental de los profesionales a las necesidades psicológicas de las víctimas sobrevivientes y al plan civil de desastre después del terremoto que ocurrió en México en septiembre de 1985.

Se concluye que el efecto de los medios de comunicación sensacionalistas que daban reportes y una desbordante y masiva información transmitida en la golpeada función ego de la población en general se considera como un agente traumático debido a su pasivo enlace con fantasías personales agresivas y destructivas impulsadas y relacionadas con imaginaria visual

subjetiva. En esta reflexión se reportan las fases subsecuentes del impacto psicológico en la población víctima o no víctima y se describen en términos de reacciones emocionales de primer impacto, procesos derivados de la experiencia, tipos de descarga, comportamiento regresivo y método de reorganización, basado en experiencias previas en la aplicación de la teoría psicoanalítica en el campo de trabajo, con grandes poblaciones.

F) En 1993 se publicó, en la revista *Desórdenes Nerviosos y Mentales*, el estudio: "La efectividad del costo de la Intervención en Crisis", elaborado por los Drs. Herbert Benglelsdorf; John O. Church; Richard A. Kaye; Bárbara Orłowski y Diane C. Alen. La investigación se llevó a cabo en el Departamento de Psiquiatría del Colegio Médico de New York para analizar si un servicio móvil de intervención en crisis puede efectuar ahorros de costo con el desvío de pacientes de la admisión del hospital a un tratamiento con base en la comunidad.

Los examinadores siguieron a 50 pacientes psiquiátricos adultos, tratados por seis meses desde el primer día que fueron vistos por el servicio de intervención en crisis. En la primera visita, el equipo de investigadores obtuvo datos para estimar el riesgo del paciente para su hospitalización. Se inició entonces un registro diario de todos los tratamientos psiquiátricos recibidos por cada paciente, en un esfuerzo para determinar la efectividad del costo de intervención en crisis. Se llegó a la conclusión de que el alto costo (54,482 DLS), de servicio de intervención en crisis por el grupo de los 50 pacientes, produjo ahorros de por lo menos (43,270 DLS). Para efectuar este estudio, los autores se documentaron en investigaciones realizadas en torno a

la intervención en crisis en relación a los bajos costos que tiene como resultado del tratamiento, mencionando entre ellas las siguientes:

* Langsley y Col. (1971), reportaron un estudio de 300 pacientes que habían sido juzgados aleatoriamente de requerir hospitalización inmediata y fueron asignados a un programa familiar de intervención en crisis del paciente externo o admitido para tratamiento interno. Ellos pudieron demostrar que después de 6 y 18 meses, aquellos tratados como pacientes externos, se estaban desempeñando tan bien como el grupo hospitalizado en dos medidas de fusión social y estaban manejando las crisis más eficientemente. Ellos estaban siendo hospitalizados menos frecuentemente y por estadíos más cortos, presumiblemente efectuando ahorros en el costo.

* Levenson y Col. en 1977, encontraron que pacientes seleccionados aleatoriamente con esquizofrenia aguda, tratados como pacientes externos, tuvieron remisiones más rápidamente que aquellos hospitalizados y con una sexta parte del costo.

* Stein y Test (1980) y Weisbrod y Col. (1980), reportaron que un programa de tratamiento de comunidad, comparado con un corto periodo de hospitalización y cuidado posterior, redujo la necesidad de hospitalización y facilitó el ajuste de los pacientes en la comunidad. Hubo ahorros totales de 400 DLS. por año, por paciente, tratado en comunidad. Los hospitales de día han demostrado ser efectivos y ser alternativas de efectividad de costo en relación a la hospitalización.

* Washburn y col. en 1976, describieron un estudio de 59 pacientes psiquiátricos que fueron aleatoriamente asignados, ya sea a un servicio interno o a un tratamiento de día. Ellos reportaron que el tratamiento de día era superior al tratamiento interno en cinco áreas distintas incluyendo el costo del hospital.

* Penk y col. en 1978, encontraron también que la atención de día era valiosa y una alternativa más barata que un tratamiento interno.

* Gillette y col. (1978), evaluaron a 31 pacientes que hubieran sido ya sea hospitalizados o bien sometidos a un tratamiento de día y calcularon que si estos pacientes hubieran sido hospitalizados por el mismo número de días en que ellos recibieron el tratamiento diurno, el costo habría sido de 255,839 DLS. más de lo que era.

Los autores concluyeron que la evidencia sugiere que múltiples visitas de intervenciones en crisis, pudieran ser especialmente evaluadas con los ahorros de costo efectivo que se presentan.

2.7 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN TORNO A LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN MÉXICO.

De la revisión bibliográfica efectuada en distintos bancos de datos y Universidades, se lograron obtener los siguientes trabajos:

A) La tesis: "Los Servicios Telefónicos para Crisis. El Servicio de Orientación e Información de los Centros de Integración Juvenil", realizada en 1984 por Jehvor Rodríguez Rodríguez con la finalidad de obtener el título de Licenciado en Psicología, del Sistema de Universidad Abierta, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la investigación se concluye que el programa de servicios telefónicos en crisis del Servicio de Orientación e Información (S.O.I.), de los Centros de Integración Juvenil (C.I.J.'s), proporciona orientación e información confiable sobre aspectos institucionales relacionados en el campo de la salud mental, así como una adecuada intervención en crisis a las personas que llaman por tener algún problema de farmacodependencia.

Rodríguez menciona alternativas para que el S.O.I., obtenga mejores resultados como las siguientes:

- * Una constante preparación sobre intervención en crisis, psicoterapia breve y psicología comunitaria a todo el personal involucrado.

- * La incorporación de no profesionales, como estudiantes de distintas especialidades: Psicólogos Clínicos, Sociales, Educativos y Experimentales (estos últimos porque se requiere de un diseño metodológico cuidadoso para la investigación), Trabajadores Sociales y Comunicólogos (con el fin de investigar los fenómenos que ocurren durante las llamadas, así como participar en mayor o menor medida en el diseño de la publicidad).

* Conformar un grupo con profesionales y no profesionales, propiciaría - según opinión del autor - mejores resultados, ya que estos últimos tienen más entrega y se encuentran menos burocratizados.

* Solicitar a cada usuario del servicio en caso de ser referido a otra institución, que manifieste telefónicamente su atención en ésta, para poder llevar un seguimiento de dicho caso.

B) La tesis: "Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono: Una Alternativa para la Intervención en Crisis" de Irene Feria Pulido e Irasema Rivera Peña (Carrera: Licenciado en Psicología, México: U.N.A.M., IZTACALA: ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES, 1994. Las investigadoras concluyeron que la Intervención en Crisis es una forma de terapia que no sólo se limita a clínicas o consultorios psicológicos, sino que su uso se ha podido extender a través de la consulta telefónica, como una alternativa para el psicólogo y la comunidad.

Esta posibilidad terapéutica proporciona ventajas importantes a la población beneficiada como: el acceso a una consulta o terapia psicológica a aquellas personas de escasos recursos, que al requerir este tipo de servicio no cuentan con recursos económicos suficientes y el costo se limita al pago de la llamada.

Así mismo, debe resaltarse la alta accesibilidad que representa, ya que la llamada puede realizarse en el momento requerido por la persona debido a su funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año.

Se menciona que se cumplieron los objetivos planteados en el trabajo por lo reportado por los usuarios respecto al servicio, ya que la mayoría manifestó una satisfacción total, circunstancia que permite constatar su efectividad para la población solicitante.

Otro importante factor que vale la pena mencionar se refiere a que, si este sistema de apoyo telefónico tiene aceptación y proporciona ayuda satisfactoria a los usuarios, necesariamente constituye una alternativa para el desarrollo profesional del terapeuta que interviene en situaciones de crisis.

C) Martha Eugenia Gordillo Gálvez, autora de la tesis: "Diseño de un Programa de Capacitación a Padres en Intervención en Crisis, basado en Slaikeu" (Carrera: Licenciado en Psicología, MÉXICO: U.N.A.M., FACULTAD DE PSICOLOGÍA, 1995), concluye que es posible diseñar un programa de capacitación a padres en primera ayuda psicológica con base a los modelos de Slaikeu, apoyándose para la especificación de las habilidades en el modelo de G. Egan (1975-1981).

Así mismo menciona que el profesionista que se dedique a la capacitación de profesionales, necesita tener conocimientos sobre Psicología Comunitaria, Intervención en Crisis, Técnicas de Enseñanza y Dinámica de Grupos. Refiere que es necesario que los encargados de los programas de salud tengan el conocimiento de la Psicología Comunitaria, porque limitan al Psicólogo a la tarea tradicional de la consulta individual dentro de un consultorio.

2.8 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON INTERVENCIÓN EN CRISIS EN PACIENTES QUEMADOS EN EL EXTRANJERO

A) En el estudio de Patricia Weir, sobre "Hipnosis y el Tratamiento de Pacientes Quemados: Implicaciones para New South Wales", publicado por la revista Hipnoterapia Clínica e Hipnosis en Septiembre de 1990, se menciona el uso de la hipnosis para pacientes quemados en tres áreas: a) Intervención en crisis, b) Aceleración y c) Manejo del dolor.

Patricia Weir advierte que la hipnosis parece apoyar el control del dolor y la curación de la quemadura, aunque es necesario investigar otros métodos ya que en New South Wales, se reporta el uso mínimo de hipnosis, principalmente para el control de la ansiedad y el dolor.

B) En el banco de datos PsycLit Database Copyright 1989 American Psychological Assn, se localizó el análisis: "¿Contribuye la Hipnosis al cuidado de los pacientes quemados?", practicado por los investigadores Vander-Does, A. Ján y Van-Dyck, Richard en 1989. Este estudio presenta una revisión crítica de literatura que documenta el uso de hipnosis en pacientes severamente quemados, y se basa en una investigación de computadora de 28 reportes médicos y psicológicos.

Los hallazgos indican que el uso de la hipnosis parece aliviar el dolor en pacientes quemados por lo que su ejercicio puede ser un método promisorio en el área donde se aplica.

Refieren los autores que no encontraron evidencias convincentes de la efectividad de la hipnosis como medio para agilizar la curación de una herida, sin embargo, se insiste en la necesidad de hacer estudios sistemáticos de hipnosis con pacientes quemados debido a los recuentos del empleo de hipnosis en intervención en crisis.

2.9 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON INTERVENCIÓN EN CRISIS EN PACIENTES QUEMADOS EN MEXICO

No se encontró evidencia de alguna investigación de "Intervención en crisis en pacientes quemados" en México a partir de la exhaustiva revisión de los distintos bancos de datos nacionales e internacionales, así como de bibliotecas de distintas universidades tanto públicas como particulares.

No obstante, se localizaron algunas instituciones en las que se brinda apoyo mediante INTERVENCIÓN EN CRISIS como:

La Cruz Roja Mexicana, que brinda el Servicio de Atención Psicológica por Teléfono (SAPTEL), las 24 hrs. los 365 días del año, se hace la observación que se localizó una tesis en relación al servicio que proporciona.

Este organismo, cuenta también con un servicio de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE), conformado por 11 psicólogos, quienes prestan ayuda a la población que sufre trastornos producto de algún desastre natural.

Existe una Asociación Civil A.C. que cuenta con un Centro de Orientación y Rehabilitación para el Adolescente (CORA), éste servicio se ofrece también por vía telefónica, las 24 hrs. del día los 365 días del año.

Otro servicio que brinda Intervención en Crisis por teléfono a adolescentes que presenten algún problema que no puedan resolver, es el denominado "de Joven a Joven" (auspiciado por el D.I.F.); funciona las 24 hrs. del día los 365 días del año en el número telefónico 518-4107.

El Centro de Integración Juvenil proporciona asistencia mediante Intervención en Crisis por teléfono, dirigida a personas farmacodependientes, las 24 hrs del día los 365 días del año en el número telefónico 534-3434, (se localizó una tesis con respecto a este servicio).

La Procuraduría General de Justicia del D.F., tiene tres servicios de persona a persona dirigidos a la comunidad que ha sufrido algún percance:

* Apoyo a víctimas de Delitos Sexuales (CTA).- Numeros telefónicos: 575-5661 y 565-9771.

* Centro de Atención de Delito Violento (ADEVI).- 625-8621, 625-7125 y 625-8660.

* Centro de Apoyo a la Violencia Intrafamiliar (CAVI).- 625-7120 y 625-8834.

C A P Í T U L O 3

METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se delimita como problema de investigación el siguiente cuestionamiento:

¿Es la intervención en crisis un modelo terapéutico adecuado para proporcionar la atención psicológica que requiere el paciente quemado?

3.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La investigación realizada para esta tesis propone a la intervención en crisis, como recurso del psicólogo con pacientes quemados hospitalizados, para coadyuvar a su recuperación integral.

El objetivo general del estudio pretende que sus anotaciones, resultados, conclusiones y discusión puedan servir para que futuras investigaciones sean realizadas en pacientes que presenten síntomas del trastorno de estrés posttraumático (Bruce Achauer, 1993), que sufran personas que hayan presentado condiciones tales como: quemaduras, amputación de algún miembro de su cuerpo, intento de suicidio, violación, pacientes de larga estancia en un centro hospitalario, pacientes terminales etc.

Son también propósitos de la presente investigación el poder fundamentar teóricamente y en base a una exploración documental, la intervención en crisis como apoyo terapéutico para la recuperación integral

del paciente quemado hospitalizado, así como el fomentar la necesaria intervención en crisis en los centros hospitalarios.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

La investigación efectuada para la realización de esta tesis es de tipo DOCUMENTAL, ya que está basada en una recabación y ordenación de información.

Se entiende por investigación documental, la recolección o consulta de información en documentos, investigaciones y, en un sentido amplio, en todo material de índole permanente al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento y lugar sin que se altere su naturaleza o sentido, para que aporte información o rinda cuentas de una realidad o acontecimiento (Cazaras, Cristiane, Jaramillo, Villaseñor y Zamudio, 1992).

La tesis documental supone "...la realización de actividades de recabamiento, categorización y ordenamiento, análisis e integración, interpretación y reinterpretación, crítica y exposición sistemática de la información que ha sido obtenida de las fuentes no empíricas" (Lemini, 1992)

3.4 NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación está enfocada a un nivel descriptivo, el cual lleva a la comprensión del tema, brindando un panorama del mismo diciendo cómo

es. Su diseño es de tipo no experimental ya que por la naturaleza del análisis, aborda únicamente aspectos de orden teórico y revisiones de carácter bibliográfico.

Los estudios DESCRIPTIVOS, como el que se presenta en este trabajo, son específicos y organizados, en éstos el interés está enfocado en las propiedades del objeto o de la situación (Padua, 1987). Bajo esta consideración, puede decirse que el análisis efectuado lleva a la comprensión del objeto de estudio y a la organización del conocimiento alrededor de él.

Dadas las condiciones anteriores, es necesario mencionar también que no se plantean hipótesis pues no se pretende indagar sobre la existencia de posibles relaciones entre variables sino únicamente presentar aspectos descriptivos y propositivos en base a la información documental analizada y presentada.

3.5 ENFOQUE TEÓRICO

Una manera de aproximación al problema de investigación lo constituye, en un primer término, el tratar de averiguar cuál sería la potencialidad y la forma que podría adquirir un modelo terapéutico adecuado para proporcionar la atención psicológica que requiere el paciente quemado. El modelo terapéutico considerado en este caso es el de la intervención en crisis.

Para el análisis documental de esta posibilidad de tratamiento, se encuentra que el modelo de intervención psicológica en crisis puede ser abordado, para su estudio, por vías diversas. En este trabajo se toman en cuenta dos enfoques, la llamada "*Teoría de las crisis de Gerald Caplan*" y la sugerencia de Stevenson en torno al empleo 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.

El análisis efectuado en la presente investigación se basa en estas perspectivas, así como en la revisión documental de investigaciones realizadas en México y en el extranjero, para establecer conclusiones y una propuesta específica de modelo terapéutico de intervención en crisis.

C O N C L U S I O N E S

Y

P R O P U E S T A D E T R A B A J O

CONCLUSIONES

En las investigaciones realizadas en los diferentes bancos de datos (MED-LINE; PSIC-LINE, ARTEMISA), y bibliotecas de universidades particulares (LA SALLE, INTERCONTINENTAL, UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO), así como en la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO, se localizaron diferentes estudios que demuestran que en el extranjero existe un gran número de investigaciones realizadas con respecto al paciente quemado, las cuales involucran el instrumental médico, técnicas de manejo en área de choque, en área de hospitalización, manejo de diferentes tipos de quemaduras, estudios de colgajos, etc.

Con relación al registro existente en los bancos de datos antes mencionados, sobre qué se está realizando en México con respecto al paciente quemado, se encontró que son pocos los estudios que se han publicado, pero lo más importante es que en México se empieza a tener interés por realizar investigaciones a este respecto.

Por lo que toca a las investigaciones de Intervención en Crisis (I.C.) publicadas en el extranjero, se observó que hay numerosas disertaciones realizadas en torno a todo aquello que pueda propiciar un desequilibrio en el ser humano; los análisis abarcan posibilidades desde cómo una maestra debe enfrentarse a sus alumnos hasta las consecuencias de la guerra del Golfo Pérsico.

Se encontró que en México hay escasísimos trabajos sobre Intervención en Crisis y dichos análisis corresponden a tesis realizadas a

nivel licenciatura donde los temas abordados se refieren a apoyos en línea telefónica, capacitación a padres de familia y un manual para práctica e investigación.

Con respecto a los estudios realizados de Intervención en Crisis con el paciente quemado en el extranjero, se localizaron pocos y se observa que se emplea en conjunto con la técnica de hipnosis.

Las investigaciones que se han realizado tanto en el extranjero como a nivel nacional con respecto al paciente quemado manifiestan que este tipo de paciente presenta el Trastorno de Estrés Posttraumático y que es necesaria la rápida intervención del personal de salud mental, así mismo refieren que debe existir una estrecha comunicación con todo el personal tanto médico en sus diferentes especialidades (Médico Internista, Cirujano Plástico, Médico Laparoscópico, Médico de Gasometría, etc.), personal paramédico (Enfermería), el Área de Trabajo Social y el Área de Intendencia, así mismo se manifiesta que es imprescindible trabajar también con la familia ya que todos en forma interdisciplinaria ayudarán a la pronta recuperación emocional y física del paciente quemado.

Por otra parte, es necesario mencionar que en la vía pública se pueden observar individuos con todo tipo de padecimientos médicos que conllevan ciertas discapacidades, pero es difícil encontrar personas que hayan sufrido quemaduras. Esto se debe a que se encuentran reclusos en sus casas por el temor a la crítica, la burla y la difícil aceptación de sus deformidades.

Una serie de reacciones presentes en el estado crítico del paciente quemado de reciente ingreso al área de urgencias, sobre todo al conocer la posible muerte de algún familiar en el desastre, incluyen el sentido de culpa y vergüenza por su supervivencia, el duelo no resuelto por la pérdida del ser querido, un sentido de desesperanza y vacío sobre la vida y disminución de la confianza.

A esta observación hay que agregar que, si a un paciente quemado no se le brinda la necesaria ayuda psicológica rápidamente, su estado emocional se deteriorará y será más difícil su recuperación ya que una crisis ocasiona un estado de desorganización que se caracteriza por la incapacidad para enfrentar la problemática del momento y además tiene potencial para un deterioro de gran duración.

Un paciente quemado, al llegar al área de urgencias presenta, además de la serie de lesiones físicas causadas por el desastre, reacciones ante los agudos efectos del traumatismo (trastornos de memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad, pánico), síntomas que pueden persistir meses y aún años después de la catástrofe (ansiedad, fobias, depresión) y un carácter más penetrante que puede provocar trastornos futuros en su modo de vida.

Sin embargo, si el paciente recibe el apoyo oportuno y eficiente, brindado por todo el equipo interdisciplinario descrito, se recuperará con mayor rapidez y su estancia en el hospital será de menos tiempo, por lo que es necesaria la intervención rápida del psicólogo clínico tanto en el área de choque o de reanimación en la sala de urgencias, como en la zona de

hospitalización, lo que ocasionará menor costo económico durante su permanencia en el hospital.

Además, se le debe de insistir al personal que este tipo de pacientes atraviesan tanto por un momento de dolor corporal como consecuencia de las quemaduras, como por un estado de crisis emocional que puede ser severo.

Por lo antes expuesto y por el planteamiento del problema de esta investigación, se puede concluir que la intervención del psicólogo con el paciente quemado hospitalizado es de vital importancia y más si se le brinda el servicio de INTERVENCIÓN EN CRISIS, el cual nos indicará el estado emocional del paciente, y con ayuda del ENFOQUE SISTÉMICO nos permitirá observar las diferentes áreas (familia, laboral, religión, economía, social, personal, etc.) que le preocupan. Con esta intervención se propiciará que el mismo paciente busque alternativas que le permitan observar un futuro mejor.

Cabe agregar que también se debe prestar la atención psicológica a los integrantes de la familia, ya que ésta será de gran ayuda para la rehabilitación del paciente quemado por el soporte emocional que le puede proporcionar.

Igualmente es necesario tomar en cuenta todos los ámbitos de desarrollo del paciente, para que a través del psicólogo clínico bajo el marco de la intervención en crisis y del enfoque sistémico, el paciente mismo pueda buscar alternativas para enfrentar el futuro.

A lo expuesto anteriormente habrá que incluir que se requiere de una mayor investigación sobre el trastorno de estrés postraumático y las crisis emocionales que presentan los pacientes quemados.

PROPUESTA DE TRABAJO

Se recomienda sea contemplada la formación de un equipo interdisciplinario (médicos de diferentes especialidades, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, personal de enfermería etc.), para la adecuada atención del paciente quemado, que redunde en un abatimiento de los costos hospitalarios y sociales, y que proporcione el soporte necesario que sólo en forma interdisciplinaria logrará favorecer la pronta y eficaz recuperación tanto física como emocional de los pacientes quemados y su pronta reintegración a la vida productiva de la sociedad.

Un hábil equipo interdisciplinario puede constituir el instrumento más importante en la curación física del accidentado así como en la reconstrucción y rehabilitación de su personalidad, posiblemente afectada en varias esferas por el impacto de la traumática vivencia sufrida. Al respecto es necesario mencionar que, de acuerdo con Caplan, la inadecuada resolución de las crisis en la vida podría conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, por lo que no hay que perder de vista que una curación permanente en el campo de la medicina psicosomática implica un tratamiento integral: corporal, mental y emocional, capaz de ayudar al paciente en crisis a liberarse de los temores, la depresión y el abatimiento y de aprovechar la circunstancia para el desarrollo personal soslayando el peligro de la mayor vulnerabilidad al trastorno mental.

Los cambios del paciente quemado, al atravesar una situación de crisis propiciada por la traumática situación enfrentada, podrían llevarle a una salud y madurez mayores si tuviera la oportunidad de contar con el apoyo profesional de un psicólogo competente, capacitado para apoyarle en esta fase. En caso contrario, en ausencia de este profesional de la salud, posiblemente los cambios ocasionados por la situación de crisis en el paciente quemado podrían conducirle a una reducción, no sólo de su potencial para enfrentar de manera efectiva los problemas de la vida, sino también de su resistencia al trastorno mental.

Esta ineludible circunstancia fundamenta la gran necesidad de que, en todo hospital en el que se atiende a este tipo de pacientes, existan por lo menos dos o más psicólogos habilitados para la intervención psicológica en crisis.

El paciente quemado presenta una situación de crisis a partir del desequilibrio que la vivencia del siniestro le produce, la dificultad para resolver el problema o la serie de problemas derivados de la traumática experiencia, y los recursos de los que dispone de manera inmediata. En consecuencia, el sujeto enfrenta estímulos que le marcan peligros y le provocan sensaciones de angustia, por lo que es aconsejable que la intervención psicológica en la crisis se oriente a la expresión de los sentimientos y experiencias internas del paciente que se relacionen con el accidente que le afectó físicamente y le provocó un desajuste.

En estas condiciones, hay que trazar como meta mínima de la intervención la resolución psicológica de la crisis y el restablecimiento del

nivel de funcionamiento inmediatamente anterior a la etapa crítica propiciada por el accidente ya que los distintos fragmentos de la limitación de la crisis incluyen una enorme importancia para la futura salud mental de la persona tratada.

Para estos propósitos conviene apoyar al paciente afectado en la búsqueda de soluciones y nuevas opciones, de tal forma que esté en condiciones de elaborar una nueva estructura de superación para enfrentar de manera más o menos realista las situaciones que se le presenten más adelante.

Para todos estos fines, se propone que la labor del psicólogo iniciaría, desde la llegada del paciente al área de choque, en colaboración con los médicos de urgencias y enfermeros, al intervenir - dentro de los gritos del sujeto - y decirle dónde está, quiénes son las personas que se encuentran con él y se le indicaría manifestar lo que siente en el momento: culpa, dolor, familia, su cuerpo, cómo fue el accidente, etc., trabajando para que en pueda minimizar el dolor.

Se le explicaría que los médicos van a intervenir y se le invitaría a continuar hablando y elaborando alternativas a partir de la ayuda para que sus recursos internos afloren a fin de que sus propias potencialidades puedan auxiliarlo a salir adelante. El tiempo de esta primera intervención dependerá de la magnitud de la quemadura y del tiempo - de 15 a 20 minutos - en que el personal de urgencias tarde en realizar su labor ya sea para pasarlo al área de terapia intensiva o a la zona de hospitalización.

Es importante destacar que, en esta primera etapa, el psicólogo ha de tomar muy en cuenta aspectos como la sensibilidad y su propia experiencia personal ya que habrá de cuidar detalles tanto del contenido verbal de lo expresado por el paciente como de su propia interlocución, el tono de voz, un gesto comprensivo o amistoso y el propiciar frases alentadoras para evitar que el individuo se sienta amenazado por actitudes exigentes o presiones innecesarias.

Posteriormente, ya sea en el área de terapia intensiva o en la zona de hospitalización, el psicólogo pasaría visita al paciente y retomaría sus inquietudes haciéndole hincapié en las alternativas que tiene para salir del problema. Esta forma de trabajo se repetiría todos los días durante el tiempo que dure su estancia en el hospital.

En esta etapa, el psicólogo podría encaminar los esfuerzos de su labor de apoyo y acompañamiento en la crisis del sujeto para su efectiva y sana resolución, a recordar que las crisis se encuentran también enmarcadas, tanto en los sistemas de la vida social como en los referidos a los cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo).

La importancia del trabajo psicológico en este ámbito radica en que la reacción del individuo en el proceso de cambio ocasionado por el tránsito hacia la resolución de la crisis, afecta a otros suprasistemas, entre ellos, el concerniente a la esfera religiosa, al considerar al incidente ocurrido como un "castigo divino" y, por otra parte, el referido a la familia.

Al respecto, conviene que el psicólogo no pierda de vista las alteraciones de las otras personas de la red social del paciente, cuya salud mental podría haber sufrido también procesos de cambio similares o incluso diferentes. No hay que olvidar que el conjunto familiar como totalidad queda también implicado de una u otra forma en una proporción que dependerá de la medida en la que el problema se relacione con los deberes del individuo para con la generalidad del grupo familiar.

Asimismo, una familia bien organizada podría facilitar canales adecuados para el dominio de posibles emociones negativas como culpa, hostilidad, vergüenza, depresión o ansiedad tanto en el individuo afectado como en la sociedad familiar.

Es por estos motivos que, desde el inicio, se recomienda el trabajo interdisciplinario con trabajadores sociales, médicos de terapia intensiva, cirujanos plásticos, personal de enfermería, etc., para analizar la magnitud del problema y la forma de abordarla. Con el área de trabajo social se trabaja con la familia, a la cual se explica el estado del paciente y se le manifiesta la importancia de su valiosa colaboración para su rehabilitación integral, de la misma forma se le indican los aspectos administrativos que deberá cubrir con el hospital, en tanto que el psicólogo le plantea sus importantes funciones de consuelo y apoyo en el fortalecimiento del individuo afectado, recordándole la condición psicológica en la que se encuentra e invitándole a no sobrecargarle, con posibles recriminaciones u opiniones, más allá de sus capacidades en el momento de la tensión ni a estimularle demasiado poco en la búsqueda de solución al doloroso problema por el que atraviesa.

Con estos apoyos, el mismo sistema familiar puede reorganizarse según nuevas pautas que puedan ayudar al individuo a reincorporarse de una manera más sana e integral.

El trabajo del psicólogo con la familia del paciente contempla el encuadre en la Teoría General de Sistemas, por lo que convendría también conversar con el paciente y su familia sobre sus posibles alternativas y reincorporación en otros contextos: comunidad, área laboral, estructura social, etc.

Durante la estancia del paciente en el hospital, el psicólogo mantiene comunicación con el personal médico para que le dé su punto de vista de la lesión así como para estar en condiciones, en caso necesario, de preparar al paciente para alguna amputación o para comunicarle - de la manera menos traumática posible - sobre la muerte de algún familiar en el siniestro.

Al ser dado de alta el paciente, el psicólogo habla con él a fin de continuar la terapia en un cubículo de consulta externa y al respecto, a este profesional de la salud se le aconseja tomar siempre en cuenta:

- Lo que le preocupa al paciente.
- Las alternativas que tiene para salir del problema.
- La búsqueda del apoyo familiar.
- Establecer comunicación con el grupo interdisciplinario que atiende al paciente.
- La conducta, el aspecto emocional y los cambios en la personalidad del sujeto.

La propuesta descrita busca alternativas de curación al considerar que el camino hacia la mejoría consiste, sin duda, en un cambio corporal, mental, emocional y una más adecuada reintegración a la sociedad, como resultantes de un buen manejo médico, así como de las creencias, la motivación y la participación del paciente catalizado por la personalidad facilitadora del psicólogo, el cual puede utilizar una técnica que infunda al paciente un sentimiento de poder hacer algo concreto para favorecer el proceso de su curación, a partir del uso de sus propios recursos internos, sus nuevas posibilidades y formas de reenfrentar la vida al utilizar la crisis como una forma de evolución y reforzamiento de su personalidad.

La propuesta de la intervención psicológica en crisis en pacientes quemados hospitalizados se basa, como ya lo hemos explicado, en los propios recursos psíquicos del paciente cuya cooperación es primordial ya que no se trata de la manipulación de la estructura física de la persona, sino que se recurre a los procesos internos, neurales, para que contribuyan en la lucha contra las condiciones físicas y psicológicas derivadas del trauma del accidente.

Al respecto cabe destacar que la intervención en crisis es superior a la ausencia de intervención en las circunstancias posteriores al siniestro y, para su optimización, la colaboración de un grupo multidisciplinario es esencial.

Los resultados de dicho manejo se traducirán en la recuperación física del paciente, en la positiva evolución, de una situación traumática, a la posibilidad de desarrollar en el individuo potencialidades que le permitan

enfrentar sus nuevas realidades en los espacios familiar, laboral y social así como a identificar los recursos (ayuda legal, ayuda monetaria, apoyos sociales) a los que puede recurrir para facilitar el enfrentamiento a sus nuevas circunstancias.

Para el nosocomio, esta factibilidad de coadyuvar a una más pronta recuperación del paciente, en términos tanto físicos como psicológicos, permitirá además la reducción de su estancia en el hospital, la consecuente minimización de costos de atención y la posibilidad de contar con más espacios físicos para la posible hospitalización de nuevos pacientes ya que la organización del grupo multidisciplinario, la contratación y constante actualización del cuerpo médico y de apoyo, incluido el psicólogo para la atención en crisis, permitirán asegurar e incrementar una mayor y más eficiente calidad de la atención médica proporcionada a este tipo de pacientes.

Las posibles formas de trabajo para intervención en crisis de pacientes quemados, descritas líneas arriba incluyen los importantes aportes que brindan tanto la teoría de la crisis de Caplan como la Teoría General de Sistemas, para un mayor conocimiento de dichos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y REVISTAS:

Achauer, Bruce. Atención del paciente quemado. Manual Moderno, México, 1993.

Amdur, M. A.(Eds.), & Tuder, E.N. "Observations of psychiatric consultation in emergency room settings". Psychosomatics, 1975.

Anantharaman V., "Siniestros con Quemaduras Masivas: Etiología, Predisponiendo Situaciones y Manejo Inicial", Revista Médica de Singapur, 1992.

Arias Galicia, Fernando. Introducción a la técnica de investigación en ciencias de la administración y del comportamiento. Trillas, México, 1980.

Atlas J.A., "Crisis y Terapia Aguda Breve con Adolescentes", Revista Psiquiátrica, Nueva York, 1994.

Auerbach, S. M. and Kilmann, P.R. "Crisis intervention: A review of outcome Research". Psychological Bulletin, 1977.

Baena Paz, Guillermina. Instrumentos de investigación. Editores Mexicanos Unidos, S.A. 12ª Ed., México, 1984.

Baena Paz, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación documental. Editores Mexicanos Unidos, S.A. 1ª Ed. México, 1981.

Baldwin, B.A. "Crisis intervention: An overview of theory and practice". The Counseling Psychologist, 1979.

Bassuk, E.L., & Gerson, S. "Into the breach: Emergency psychiatry in the general hospital". General Hospital Psychiatry, 1979.

Baum, A., Lake, C. R., Gatchel, R. J., Baum, C.S., & Streufert, S. "Chronic stress at the Three Mile Island: Sel report, behavioral, and biochemical evidence". Unpublished manuscript, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland, 1982

Beahan, L. "Emergency mental health services in a general hospital". Hospital and Community Psychiatry, 1970.

Bellak, Leopold. Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual Moderno, México, 1986.

Bellak, L. y Small, L. Psicoterapia breve y de emergencia. Ed. Pax-México, Segunda reimpresión en español, México, 1980

Benaim, F. Personal opinion on a uniform classification of the dept. of burns. transaction of The Third International Congress on Research in burns. Handa Huber publishers, Berna, 1971

Benaim, F. "Quemaduras" en Michigan, J.R.: Patología Quirúrgica, 2a. Edición, Vol. 1, Cap.6, 134 El Ateneo, Buénos Aires, 1968

Benglelsdorf, Herbert; John O. Church; Richard A. Kaye; Bárbara Orlowski y Diane C. Alen, "La efectividad del costo de la Intervención en Crisis", Revista Desórdenes Nerviosos y Mentales, Departamento de Psiquiatría del Colegio Médico de New York, 1993.

Berg, D. "Crisis intervention concepts for emergency telephone service". Crisis Intervention, 1970

Bergdahl B.J., Anneroth G. y Anneroth I., "Estudio clinico de pacientes con quemaduras en la boca", Revista Scan-J-Dent-Res. Universidad de Umea, Suecia, 1994.

Bernstein, N.R. "Medical tragedies in facial disfigurement". Pysch Ann, 1975.

von Bertalanffy, L. Teoria general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

Blane, H., Muller, J. and Chafetz, M. "Acute Psychiatric services in the general hospital, II. Current states of emergency psychiatric services". American Journal of Psychiatry, 1967

Boswuick Jr., John A. Quemaduras. Interamericana Mc. Grauw Hill, México, 1989.

Brockopp, G.W. Crisis Intervention: The Covert Cry and Counseling by telephone, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1976

Bronfenbrenner, U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachusetts.: Harvard University Press, 1979.

Buhler, C. "Genetic aspects of the self". Annals of New York Academy of Sciences, 1962.

Burgess, A. W. & Baldwin, B. A. Crisis intervention theory and practice, a clinical handbook. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1981

Butcher, J. N. & Koss, M. P. "Research on 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.

Butcher, J. N. & Maudal, G.R. "Crisis intervention". In I. Weiner (ed.), Clinical methods in psychology. New York: Wiley interscience, 1976.

Caplan, Gerald. Principios de psiquiatría preventiva. Ed. Paidós, España, 1985.

Carvajal, Hugo F., "Quemaduras en niños y adolescentes: manejo inicial como el primer paso en una rehabilitación exitosa", Revista Pediatría de España , 1990.

Cázares, Cristiane, Jaramillo, Villaseñor y Zamudio. Técnicas e investigaciones documentales. Ed. Trillas. México, 1992.

Clark, William R. "Inhalación de humo: Diagnóstico y tratamiento",
Revista Mundial de Cirugía, Universidad del Estado de Nueva York, 1992.

Centro de Estudios Superiores Navales. Trabajos de investigación tipo tesis.
Armada de México, 1994.

Coiffman, Felipe. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. Salvat
Editores, Barcelona, España, 1986.

Corten P. y Pelc I. "Intervención de crisis en el servicio de emergencia de un
hospital general", Revista Psiquiátrica de Bélgica, 1989.

Cousins, N. Anatomy of an illness as perceived by the patient: Reflections on
healing and regeneration. New York: W. W. Norton, Inc., 1979

Crow, G.A. Crisis intervention: A social interaction approach. New York:
Association Press, 1977.

Cueli, Jose y Reidl, Lucy. Teorías de la personalidad. Ed. Trillas, México,
1977.

Cummings N. A. "Prolonged (ideal) versus short term (realistic)
psychotherapy". Professional Psychology, 1977

Danish, S.J., & D'Augelli, A.R. Promoting competence and enhancing development
through life devlpsen Ed. Competence and coping during adulthood. Hampshire:
University Press of New England, 1980.

De la Torre Villar, Ernesto y Navarro de Anda, Ramiro. Metodología de la investigación, Ed. Mc. Graw-Hill, México, 1982.

Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (Eds.) Conference on stressful life events: Their nature and effects. New York: John Wiley & Sons, 1974

Erikson, E.H. Infancia y sociedad. Ed. Hormé, Buenos Aires. Segunda Edición, 1966.

Figley, C.R., & Sprenkle, D.H. "Delayed stress response syndrome: Family therapy implications". Journal of Marriage and Family Counseling. 1978.

Fleet Jo, "Los Efectos Psicológicos de las Quemaduras: Una Revisión de la Literatura", Revista Terapia Ocupacional, 1992.

Flores Méndez M., Ricardo Neri-Vela y Javier Orozco Sánchez, "Quemadura en Pediatría", Hospital Pediátrico "Xochimilco", D.D.F., México, 1989.

Frederick, C.J. "Current Thinking about crisis or psychological intervention in United States disasters", Mass Emergencies, 1977 a.

Frederick, C.J. "Suicide in the United States". Health Education, 1977b.

Fowler, D.E & Mc Gee, 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, Illinois, Charles C. Thomas, 1973.

Gleser, G. C., Green, B. L., & Winget, C. Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press, 1981

Gómez del Campo E., José F. Intervención en crisis: Manual para el entrenamiento. U. I. A. México, 1994.

Hamera, E. K. & Shontz, F. C. "Perceived positive and negative effects of life-threatening illness". Journal of Psychosomatic Research, 1978

Hankoff, L.D., Mischorr, M.T., Tomlinson, K.F., & Joyce, S.A. "A program of crisis intervention in the emergency medical setting". American Journal of Psychiatry, 1974.

Harshbarger, D. "An ecological perspective on disaster intervention". In H. J. Parad, H. L. P. Resnik, & L. G. Parad (Eds.), Emergency and disaster management; a mental health sourcebook. Bowie, M. D. : The Charles Press Publishers, 1976

Heaton M.E.; Ashton, P.T. and Powell, E.R. Coding the "cry for help". Paper presented at the annual meeting of the American Association of suicidology. Detroit, 1972.

Hill, R. "Generic Features of families under Stress, Social Case Work", 1958.

Hoff, L.A. People in crisis: Understanding and helping. Menlow Park, California: Addison Wesley Publishing company, 1978.

Holmes, T.H. & Masuda, M. "Life change and illness susceptibility". In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful Life events: Their nature and effects. New York: John Wiley & Sons, 1973.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. "The social readjustment rating scale". Journal of Psychosomatic Research, 1967

Jacobsen, P.H., & Howell, R.J. Psychiatric problems in emergency rooms. Health and Social Work, 1978.

Kemeny, J. G. "Report of the President's Commission on the Accident at Three Mile Island". Washington, D. C., 1979

Kerlinger, Fred N. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Ed. Interamericana, 2ª Ed., México, 1985.

Kimbrell, G. M. & Slaikeu, K. A. "The role of crisis theory on chronic illness". Unpublished manuscript, University of South Carolina, 1981

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.), The child with cancer: Clinical approaches to psychosocial care-Research in psychosocial aspects. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1980

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.

Knickerbocker, D.A. and Mc Gee, R.K. "Clinical effectiveness of non-professional and professional telephone workers in a crisis intervention center", In D. Lester and G. Brockopp (Eds.). Crisis intervention and counseling by telephone. Springfield, Ill. Charles C. Thomas, 1972.

Kubie, L. "The Distortion of the Symbolic Process in Neurosis and Psychosis", Journal of the American Psychoanalytical Association, 1953

Langan, C.J. "A preliminary structure of standars for crisis outreach Services", Crisis Intervention, 1974

Lazarus, A. A. (Ed.). Multimodal behavior therapy. New York:: Springer Publisher, Co. 1976

Lazarus, R.S. "The stress and coping paradigm" In L.A. Bond & R.C. Rosen (Eds.), Competence and coping during adulthood. New Hampshire University Press of New England, 1980.

Lazarus, A.A. The practice of multimodel therapy. New York: Mc. Graw-Hill Book Co.,1981.

Lester D. and Brockopp. Crisis intervention and counseling by telephone. Springfield, Ill.; Charles C.Thomas, 1973.

Levinson, R.M. "Family Crisis and adaptation: Coping with a mentally retarded child". Dissertation Abstracts International, 1976.

Lidell, H.G. And Scott, R. The Greek -English Lexicon. Oxford: The Clarendon Press. 1968.

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

Lindemann, E. "Symptomology and management of acute grief". American Journal of psychiatry, 1944.

Linn, L. "Emergency room psichiatri: A gateway to community Medicine", Mount Sinai Journal of Medicine, 1971.

Lister, T. M., "A study of the effectiveness of the Vermillion Hotline training program in increasing the skills of communicating empathy and discrimination". Dissertation Abstracts International, 1976

Lund, C. C., y Browder, N. C. "The estimation of areas of buins Surg", Gy Necol Obstetr, 1974

Martindale, D. "Psichological stress among air traffic controllers". Psychology today, 1977.

Maslow, Abraham. Motivation and Personality. New York: Harper, 1954

McCarrol, J.R. and Skundder, P.A. "Conflicting concepts of Function: Shown in a national survey". Hospitals, 1960.

Mc Gee, R.K. Crisis intervention in the community. Baltimore: University Park Press, 1974.

Mc Murrain, T. Intervention in human crises: A guide for helping families in crisis. Atlanta, G.A.: Humanics Press, 1975.

Miller, K., & Iscoe, I. "The concept of crisis: Current status and mental health implications". Human Organization, 1963

Milles, A. "Some psycho-social consequences of multiple sclerosis: Problems of social interaction and group identity". British Journal of Medical Psychology, 1979

Moos, R.H. (Ed.) Human adaptation: coping with life crises. Lexington, Mass.: D.C. Heath & Co., 1976.

Moscossa Ruelas Ma. de Lourdes y Juan Manuel Ortiz Mendoza, "Variación ponderal en pacientes con quemaduras extensas", Departamento de Quemados del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" del IMSS, s/f.

Neugarten, B.L. "Time, age, and the life cycle". The American Journal of Psychiatry, 1979.

Ngim R.C., "Epidemiología de quemaduras en niños en Singapur", Revista Médica de Singapur, 1992.

Padua, Jorge. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.

Palacios, Agustín y Cols., "El efecto traumático de la comunicación masiva en el terremoto de la ciudad de México", Revista Internacional de Psicoanálisis, México, 1986.

Paniagua Jiménez, Ma. de la Luz. Metodología científica en investigación administrativa. E.S.C.A. Instituto Politécnico Nacional, México.

Parea, E., "Medical evaluation of the psychiatric patient". Journal of American Geriatric Society, 1965

Pérez Jiménez J., Graell Berna M., Pérez Sales P. y Orengo F., "El Trastorno por Estrés Postraumático en Pacientes Quemados", Revista Anales de la Psiquiatría, España, 1992.

Perry Samuel W., Cella David F., Falkenberg John y Heidrich George, "Percepción del Dolor en Pacientes Quemados con Trastorno de Estrés", Revista Manejo del Dolor y sus Sintomas, Estados Unidos de Norte América, 1987.

Perry Samuel W., Dified Joann y Musngi Gloria, "Pronósticos de Trastornos de Estrés Postraumático después de una quemadura", Revista de Psiquiatría Americana, Estados Unidos de Norte América, julio de 1992.

Pick, Susan y López. Ana Luisa. Cómo investigar en ciencias sociales. Trillas, México, 1979.

Pruzinsky Thomas, "La ayuda del cirujano plástico y del médico psicoterapeuta. Cirugía reconstructiva después de las quemaduras", Revista Internacional Médico Psicoterapeuta, Estados Unidos, 1989.

Pulaski, E. J. y Tennison C. N. En Artz, C. P. y Reiss. E., Treatment of Burns. W.B. Saunders Co. Filadelfia 1957

Puryear, D.A. Helping people in crisis. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1979.

Rapoport, L. "The state of crisis some theoretical considerations". In H.J. Parad (Ed.) Crisis intervention: selected reading. New York Family Service Association of America, 1965.

Rapoport, R. & R. Growings though Life. New York: Harper & Row, 1980.

Riegel, K. "Adult lie crises: A dialectic interpretation of development". In N. Datan & L.H. Ginsberg (eds.), Life-span developmental psychology: Normative Life crises. New York: Academic Press, 1975.

Rogers, C.R. Client-centered therapy. Boston: Houghtn Mifflin, 1951.

Rogers, C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin, 1961

Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Textos Universitarios, México, 1979.

Rosebaum, A. & Calhoun, J. F. "The use of the telephone hotline in crisis intervention: A review". Journal of Community Psychology, 1977.

Satin, D.G. Help: "Life stresses, and psychosocial problems in the Hospital emergency unit". Social Psychiatry, 1972.

Scarf, M. Unfinished business: pressure points in the lives of women. New York: Doubleday, 1980.

Seiler, J.A. Systems analysis in organizational behavior. Homewood, ILL. Richard D. Irwin, Dorsey Press, 1967.

Slaikue; K.A.; Lester, D. and 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.

Slaikue, K.A.; Tulkin, S.R. and Speer, D.C. "Process and outcome in the evaluation of the telephone counseling referrals", Journal of consulting and clinical psychology. 1975.

Slaikue, Karl. A. Intervención en crisis. Manual para prácticas e investigación. Ed. El Manual Moderno, México, 1988.

Smith, L. L., "Crisis intervention, theory and practice". Community Mental Health Review, 1977

Soreff, s.m. "Psychiatric consultation in the emergency department". Psychiatric Annals, 1978.

Specter, S.A. and Claiborne, W.L. (Eds.) Crisis intervention. New York: Human Sciences Press, 1973.

Spitz, L. "Evolution of a psychiatry emergency crisis intervention service in medical emergency room sitting room". Comprehensive Psychiatry, 1976.

Stevenson, J.S. Issues and crises during middlecence. New York: Apleton century-Crofts, 1977.

Stoddard Frederick-J., Norman Dennis-K., Murphy J. Michael y Beardslee William-R., "Resultado psiquiátrico de niños y adolescentes quemados", Revista de la Academia Americana de Psiquiatria del Niño y del Adolescente de Washington, DC., 1989.

Strickler M. & Bonnefil, M. "Crisis intervention and social case work: similiarites an differences in problem solving". In S. Nass, Crisis intervention. Dubuque, Ia. Kendall/Hunt, 1977.

Summers, W.k. Rund, D.A, & Levin, M. "Psychiatryc illnes in a general urban emergency room: Day-time versus nighttime population". Journal of Clinical Psychiatry, 1979.

Susman, E. J. Hollenbeck, A. R., Nanni9s, E., & Stroppe, B. E. "A Developmental perspective on psychosocial aspects of childhood cancer". In J. L. Schulman & M. J. Kupst (Eds.), The child with cancer. Springfield, Ill.: Thomas, 1980

Weir, Patricia. "Hipnosis y el Tratamiento de Pacientes Quemados: Implicaciones para New South Wales", Revista Hipnoterapia Clínica e Hipnosis, Septiembre de 1990.

Wilhelm, R. The Book of Changes or The I Ching. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1967

Wolberg. "Brief Psychotherapy". En la Obra de Wolberg The thecnique of the psychotherapy. New York 1963

TESIS:

Colín Calderón, Angélica: "Estudio de frustración en madres de niños quemados, Carrera: Licenciado en Psicología, ESCUELA DE PSICOLOGÍA, MÉXICO: UNIVERSIDAD CONTINENTAL, 1989.

Feria Pulido, Irene e Irasema Rivera Peña, "Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono: Una Alternativa para la Intervención en Crisis", Carrera: Licenciado en Psicología, México: U.N.A.M., IZTACALA: ENEP, 1994.

García flores, María de Lourdes: "La contribución del Trabajo Social en el tratamiento a niños quemados con secuelas biopsicosociales", Carrera: Licenciado en Trabajo Social, ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM, 1991.

Giraldo Buitrago, Ma. Teresa: "Características depresivas observadas a través del CDS (cuestionario de depresión para niños) en un grupo de 30 sujetos quemados)". Carrera: Licenciatura en Psicología, ESCUELA DE PSICOLOGÍA, MÉXICO: UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO, 1993.

González Bautista, Alvaro Antonio: "El paciente pediátrico quemado: experiencia en una unidad de quemados". Carrera: Especialidad en Pediatría Médica. FACULTAD DE MEDICINA. México: UNAM, 1994.

Gordillo Gálvez, Martha Eugenia, "Diseño de un Programa de Capacitación a Padres en Intervención en Crisis, basado en Slaikeu", Carrera: Licenciado en Psicología, MÉXICO: U.N.A.M., FACULTAD DE PSICOLOGÍA, 1995

Ramírez Ovando, Silvia Teresita: "Determinación de glicemias en pacientes quemados". Carrera: Especialidad en Pediatría médica, FACULTAD DE MEDICINA, México: UNAM, 1991.

Rangel Zarza, Leticia: "Trabajo Social y la importancia de la atención post-hospitalaria a los niños quemados". Carrera: Licenciado en Trabajo Social, ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, México: UNAM, 1993.

Rodríguez Rodríguez, J., "Los Servicios Telefónicos para Crisis. El Servicio de Orientación e Información de los Centros de Integración Juvenil". Carrera: Licenciado en Psicología, Sistema de Universidad Abierta, UNAM, 1984.

Whalley Sánchez, Jesús Alfredo: "Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados: escala HAD como herramienta diagnóstica". Carrera: Especialidad en Psiquiatría. FACULTAD DE MEDICINA, México: UNAM, 1992.