

**LAS SITUACIONES DE CRISIS: UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCION
BREVE EN EL TRABAJO SOCIAL INDIVIDUAL – FAMILIAR.**

MARIA XIMENA MENDEZ GUZMAN.¹

Los primeros estudios que se conocen en torno al tema de las crisis que experimenta el ser humano a propósito de situaciones de shock, las publica Eric Lindemann en 1944, luego de estudiar el estado de estrés al que se vieron sometidas las personas de un barrio de Boston afectadas por un gran incendio en 1942. En este estudio indica las etapas que conlleva la superación del duelo, síndrome que el denominó “la Reacción de Duelo Agudo” ya que en aquella época el concepto de crisis no era conocido y este fenómeno se vinculó casi siempre a situaciones de estrés, shock y duelo.

Dada la vinculación que se produce entre ambos eventos que tienen en común la enorme descompensación emocional que provocan en las personas que la sufren, resulta necesario hacer una revisión tanto conceptual como fenomenológica de estos síndromes.

Se define *duelo* como la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. Es el proceso por el cual se elabora el dolor que todos los seres humanos sufren a lo largo de la vida, no constituyendo un estado patológico y cuyo propósito es la adaptación y transformación de quién lo experimenta.

¹ Asistente Social, Master en Educación para el Trabajo Social, Dra. © Ciencias de la Información, Directora Carrera de Trabajo Social de la Universidad Católica de la Ssma Concepción, Concepción, Chile.

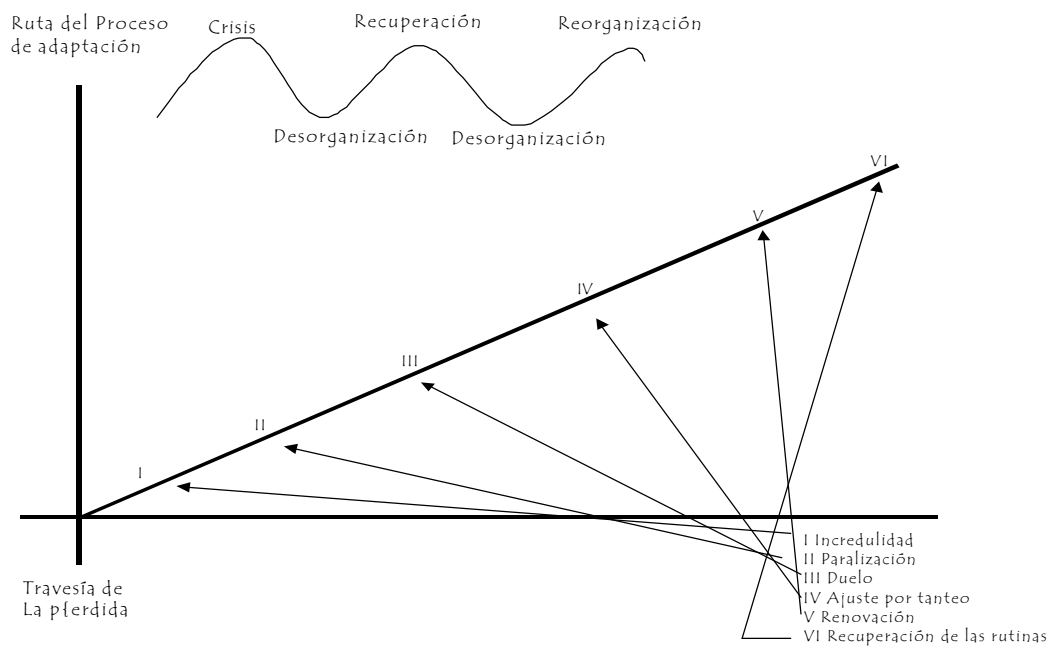
Pérdida por su parte, es el evento situacional y vital que aparece como inaceptable y que implica separaciones o renunciaciones, cosas anheladas y no logradas, cosas no hechas o nunca tenidas, sueños no alcanzados, ideales esfumados que forman parte de la vida por el solo hecho de vivir y que alteran la conducta y expectativas y las definiciones que cada persona hace de sí mismo en el mundo.

El duelo o la pérdida así como las crisis siguen un proceso sistémico que está claramente definido en el tiempo y que se grafica en el cuadro siguiente.

ETAPAS DEL PROCESO PSICOLÓGICO DEL DUELO NORMAL

Situación desencadenante, noticia de la pérdida
Reacción inicial de shock
Negación
Rabia y enojo
Pacto o negociación
Depresión
Aceptación.

PROCESO DE PÉRDIDA Y ADAPTACIÓN



Las situaciones de guerra en general han sido altamente estudiadas en función del enorme impacto emocional y las consecuencias que tiene para quienes participan directamente en ella. Entre estos estudios se cuenta los de Grinker y Spiegel que describieron fenomenológicamente los síntomas de la “Neurosis de Guerra”, “Fatiga Operacional”, “Síndrome de la respuesta al Estrés” y “Desorden de Estrés Post Traumático” que por cierto han sido importantísimos para el desarrollo de las teorías de crisis.

Posteriormente en 1954 Caplán analiza los resultados de un estudio realizado en niños judíos inmigrados a Israel durante la guerra y que da cuenta de las consecuencias de los estados de shock a los que se enfrentaron una vez que fueron internados en instituciones.

Es este mismo autor quien propone uno de los modelos de crisis más conocidos para el Trabajo Social y lo hace pensando en un concepto de intervención primaria en salud. Comienza a desarrollarlo a partir de 1964, además

influido por los movimientos de intervenciones breves que surgían en Estados Unidos. Sin embargo, muchos teóricos han definido las situaciones de crisis y ésta ha sido materia de estudio de todos los profesionales que intervienen directamente con las personas, ya que ningún ser humano está en condición de prevenir o prever situaciones que escapan a su control racional y que por ese hecho desencadenan a lo menos, un nivel de angustia mayor al que estamos acostumbrados a manejar.

De hecho Naomi Golan en 1978 desarrolla una de las teorías de intervención en crisis que se manejan en la actualidad y la fundamenta del siguiente modo.-

- 1.- Toda persona grupo u organización atraviesa una o varias crisis a lo largo de su vida.
- 2.- Los incidentes peligrosos son aquellos serios problemas o conjunto de dificultades que desencadenan las crisis y estos pueden ser previsibles o imprevisibles.
- 3.- Existe un estado vulnerable cuando los incidentes peligrosos afectan a las personas.
- 4.- El equilibrio es la capacidad de las personas para ajustarse a las situaciones, cuando se rompe todos usamos un mecanismo usual para hacer frente a la situación. Si éste falla entonces intentamos nuevos métodos de resolución de problemas.
- 5.- Frente a un estado de tensión estrés surge un factor desencadenante asociado a los problemas sin resolver por lo que aumenta aún más la tensión causando un trastorno, llamado crisis activa.

Hechos estresantes y respuestas en la intervención en crisis²

Hechos Estresantes	Respuestas.
- Amenaza	- Ansiedad
- Pérdida	- Depresión
- Retos	- Moderada ansiedad, esperanza expectativas e intentos por resolver el problema.

Teniendo claro que toda persona está expuesta a sufrir a lo largo de la vida una o varias crisis, es obvio suponer que todos los profesionales cuyo foco de intervención es la relación de ayuda se ven enfrentados a la eventualidad de tener que intervenir ante este tipo de situaciones que exige de destrezas cualitativamente diferentes al de las que requiere el trabajo con otro tipo de problemática.

Desde este contexto entonces, es necesario comenzar por revisar varios conceptos asociados que pueden llevar a confusión, ya que el primer gran desafío que enfrenta el clínico es el de tener claridad respecto de cuando el cliente está en crisis y cuando enfrenta una situación de desequilibrio emocional importante, pero que no siempre desencadena una crisis.

Du Ranquet presenta algunos criterios que permitirían reconocer el estado de crisis en función de la perturbación del equilibrio que experimenta el cliente. Estos criterios se establecen a partir de las capacidades que es posible evaluar en las personas.

- Entablar y mantener relaciones emocionales satisfactorias.
- Trabajar de manera productiva
- Actualizar los recursos internos

² Payne Malcon, Teorías Contemporáneas del Trabajo Social: Una Introducción Crítica. Ed. Paidós, Barcelona 1995

- Percibir la realidad sin deformarla con los fantasmas
- Adaptarse al entorno si es favorable al desarrollo, cambiarlo en caso contrario, de manera que invada al mínimo los derechos de los otros.

Desde una perspectiva global lo primero es entender el concepto de Problema que lo definiremos como *“una complicación cuya solución es dudosa. Tiene que ver con un conjunto de hechos o circunstancias que dificultan el logro de algún propósito, por tanto es una cuestión que se debe aclarar o resolver e implica una relación entre un sujeto y un propósito”*³

Ubicándonos en el ámbito psicosocial es importante recordar que toda persona se ve constantemente enfrentado a solucionar problemas para mantener su equilibrio emocional, lo cual impone cierto grado de tensión mayor o menor, dependiendo de la cualificación que tenga la situación a resolver y del tiempo que demore en lograrlo. Este tipo de dificultades habituales recibe el nombre de “problemas situacionales” ya que como se sugiere obedecen a una situación puntual que puede ser más o menos angustiosa pero habitual y transitoria.

Otro concepto que es necesario precisar es el de Crisis Psicosocial, ya que éstas se refieren a *“Los esfuerzos psicológicos que hace el cliente para ajustarse a las exigencias del ambiente derivadas de la transición de una etapa del desarrollo a otra”*⁴.

También se les ha denominado “Crisis Vitales o de tipo Normativo, o de Maduración, o de Transición” para conceptualizar el hecho de que son inevitables por un lado y por otro, solo representan un nivel de tensión y angustia mayor que el habitual que surge como resultado de la acomodación de la persona a las tareas que debe enfrentar en cada nueva etapa del ciclo vital. Así visto, hay crisis que son mucho más fuertes y por ello más estudiadas que otras, como por ejemplo la crisis de la adolescencia o de la adultez media, o la del nido vacío y

³ Méndez Guzmán, María Ximena: Definición Operacional, 2003

⁴ Newman y Newman, El desarrollo a través de la vida. Ed Homewood, Illinois. The Sorvery Press 1984

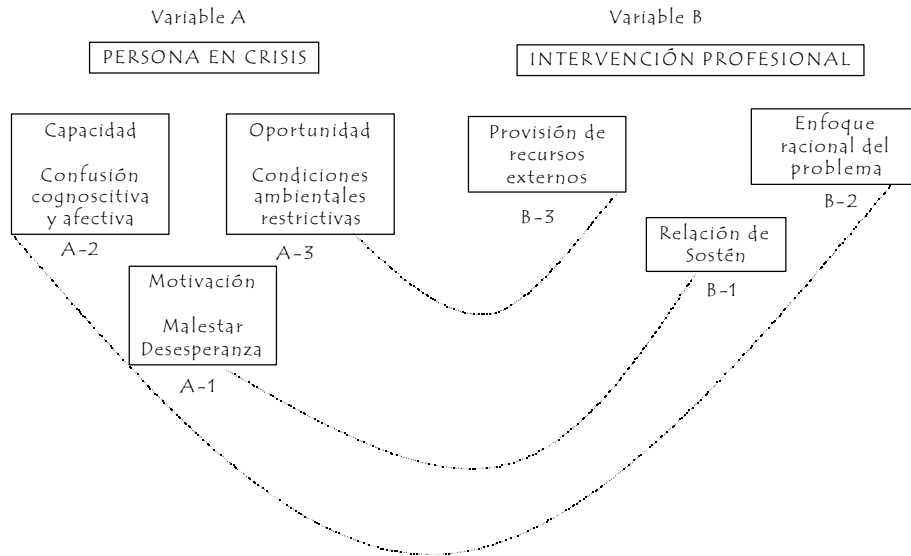
como en todo, las posibilidades de superación exitosa de ésta, depende del conjunto de destrezas y habilidades que cada persona logró desarrollar en la etapa anterior. La resolución de la crisis de esa etapa se convierte en el insumo que se necesita para iniciar la etapa siguiente.

La crisis emocional propiamente tal se la entiende “como un punto focal en la vida de las personas en que aparecen o se intensifican emociones displacenteras a consecuencia del enfrentamiento de un obstáculo a objetivos y expectativas vitales y que resultan como insuperables a través de los métodos usuales de resolución de problemas que la persona habitualmente maneja. Es un estado temporal de desequilibrio, no es una enfermedad. Se trata de una situación tanto de peligro como de oportunidad, ya que esta experiencia en tanto dolorosa, puede transformarse en posibilidad de crecimiento y aprendizaje y el momento en que muchas veces deben tomarse decisiones trascendentes para la vida de la gente . Tiene un alto componente subjetivo, ya que no puede ser vivida por todas las personas del mismo modo, depende de la historia de vida de cada uno, del proyecto futuro y de las fortalezas individuales”⁵

Caplan por su parte define la crisis expresando que es la *“perturbación de una situación estable, que se caracteriza porque sobreviene de forma repentina e inesperada, provocada por una situación stresante o un acontecimiento precipitante, afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que se le provoca un desequilibrio”*

⁵ Méndez Guzmán, María Ximena: Definición Operacional, 2001

CONCEPTOS PRINCIPALES EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL PARA SITUACIONES DE CRISIS.



CARACTERÍSTICAS DE LA CRISIS

1.- Es un fenómeno definido en el tiempo. La mayoría de los estudios indica que éste fenómeno no puede extenderse más allá de 4 a 6 semanas, después de este período la persona debe encontrar una solución que le recupere un nivel de equilibrio emocional igual, superior o inferior al que experimentaba antes de la crisis. Si ello no ocurre el cliente corre el riesgo de agotar las reservas de su organismo que le permitan mantenerse a flote.

2.- No puede ser superado con los recursos propios, sino que requiere de intervención externa.

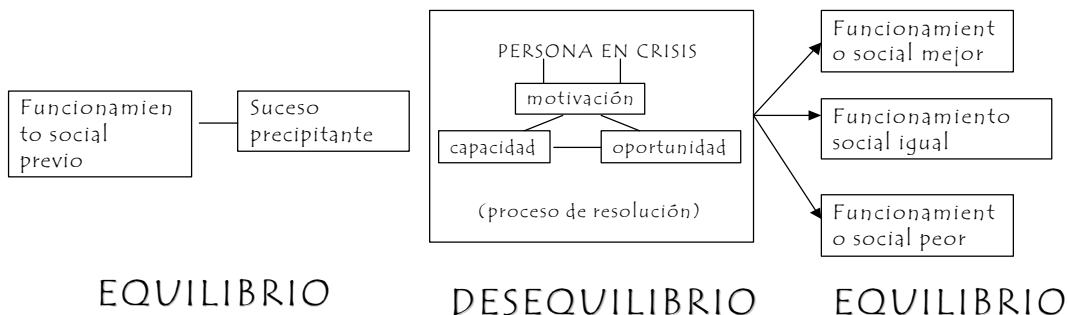
3.- Produce una grave amenaza que afecta las necesidades instintivas provocando un desequilibrio que afecta las satisfactorias relaciones emocionales con otros, la capacidad para realizar un trabajo productivo, la capacidad para adaptarse al entorno y especialmente la capacidad para disfrutar la vida y encontrarle un sentido y objetivo personal.

4.- No se trata solo de la situación en sí misma, sino además debe darse una percepción deformada de la realidad y una respuesta de la persona ante esa situación.

5.- Se acompaña de una sintomatología típica que incluye respiración agitada, opresión de garganta, sensación de vacío en el estómago, cambios de temperatura, falta de fuerzas físicas y del estado de ánimo en general, alteraciones del apetito y del sueño. Desde la perspectiva emotiva usualmente aparecen sentimientos de culpa, miedo, depresión, tendencia a dramatizar, irritabilidad y hostilidad, impotencia. En el área cognitiva hay confusión y desorganización.

6.- Toda crisis presenta un desarrollo de fases prototípicas y secuenciales. A éstas Caplan las ha denominado como fases de alarma, de resistencia, de inadaptación, de desesperación

EQUILIBRIO – DESEQUILIBRIO - EQUILIBRIO



1º CLASIFICACIÓN: ESTADOS DE CRISIS.

ROGER BALWIN

a.- **CRISIS FRENTE A SITUACIONES EXTERNAS.**- Se trata de las situaciones que son percibidas usualmente por las personas como tal. Resulta de una determinante externa más o menos evidente de crisis tanto para el cliente como para los demás, por ejemplo, los conflictos laborales, el consumo de drogas, las situaciones de violencia etc. La persona percibe la situación como una amenaza, siente temor al fracaso por lo que su esperanza de éxito disminuye acrecentando la angustia.

b.- **CRISIS ANTICIPATORIAS FRENTE A CAMBIOS VITALES NORMATIVOS.**- El concepto central es que la persona reacciona ante el acercamiento de una

situación prototípica con angustia, depresión, temor, enojo, pero tal como en el caso anterior no hay una percepción conciente de la situación desencadenante de la crisis. Son crisis menos estudiadas y poco cuidadas por las personas ya que provienen de un evento natural. Presentan un componente biológico, psicológico y social. Estas, suelen ser crisis de tipo normativo, ya que constituyen hitos normales en el ciclo vital de las personas como las separaciones conyugales, la jubilación o la partida de los hijos, pero el cliente asume ese evento a partir de una percepción altamente deformada, vinculado al cambio de rol o de status.

c.- CRISIS FRENTE A SITUACIONES EXTERNAS REPENTINAS O TRAUMÁTICAS.- En este caso la situación que desencadena la crisis, es de tal magnitud, rapidez e intensidad, que la reacción emocional que la guía aparece proporcional a la intensidad que la causa, generando situaciones de shock. Son acontecimientos imprevisibles e implican una amenaza para la integridad física y mental de las personas. La muerte, los robos, la violación son eventos que desencadenan una reacción de parálisis emocional, estupor, negación y finalmente la crisis propiamente tal.

d.- CRISIS DE MADURACIÓN QUE IMPLICAN UN CONFLICTO PSICOLÓGICO.- En este caso la crisis no solo se produce a partir de un evento externo, sino de la combinación de una situación no prevista, con problemas previos de las personas como es la crisis de la adolescencia, de la infertilidad, de la vocación etc. Este tipo de crisis se presenta en personas muy vulnerables ya que es la resultante de una serie de fracasos, que provocan sentimientos de incompetencia e incapacidad, lo que los hace enfrentar los desafíos vencidos de antemano.

2° CLASIFICACIÓN: TIPOS DE CRISIS.

GERALD CAPLAN

a.- CRISIS SITUACIONALES.- Son eventos puntuales en la vida de las personas, muchas veces no predecibles y que generan un impacto gravitante en la

estabilidad del sujeto, como por ejemplo muertes accidentales, catástrofes naturales, incendios etc.

b.- CRISIS DE ORIGEN SOCIAL Y CULTURAL.- El impacto del hecho que precipita la crisis está directamente vinculado a la percepción socio-cultural que se tiene del mismo, por ejemplo, las jubilaciones, las crisis generacionales, los conflictos relacionales permanentes.

c.- CRISIS QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LA ESTABILIDAD.- Son procesos que van dándose lentamente a lo largo de varios meses o años y que distorsionan las aspiraciones de las personas. Entre estas encontramos las crisis vocacionales y / o de valores, las migraciones, el empobrecimiento de la familia etc.

d.- CRISIS MEDIO AMBIENTALES EN INTERACCIÓN CON PROBLEMAS PSÍQUICOS.- También llamadas “*Crisis de Desmoralización*” ya que la percepción deformada de la realidad implica una trasgresión brutal de los valores. Algunos de los más frecuentes son el suicidio, las violaciones, el alcoholismo o el consumo de drogas.

BASES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN TRABAJO SOCIAL

Como en cualquier estrategia específica de intervención, evidentemente el trabajador social debe estar preparado desde la perspectiva teórica formativa, emocional y desde el punto de vista del desarrollo de habilidades y destrezas, por lo que exige contar con.

1.- Una base ética, que incluye:

- Un sistema de valores opuesto a todo tipo de discriminación
- Conocimiento y experiencia para ver las implicancias éticas de la crisis
- Uso adecuado del poder y del control de los clientes

- Continúa revisión de la disponibilidad de los recursos necesarios para atender la crisis.

2.- Un marco teórico conceptual flexible, pero capaz de comprender las implicancias de la crisis, fundamentalmente la dirección y el proceso.

3.- Autoconocimiento pues cada uno debe conocerse para saber cuales son sus propias limitaciones en la intervención.

4.- Adquisición mediante un aprendizaje específico de los principios prácticos, habilidades y técnicas, asesoramiento, consejo, empatía y terapia familiar⁶.

PROCESO DE DESARROLLO DE LA CRISIS

En general podemos establecer que las crisis tienen cuatro fases evolutivas, las que no se presentan en forma secuencial, sino por el contrario, el cliente puede hacer una u otra fase y en diversos grados de intensidad e incluso volver a anteriores etapas.

1.- FASE DE ALARMA.- La presencia de un acontecimiento precipitante, que se define como un acontecimiento accidental que destruye el equilibrio habitual y desencadena la aparición más o menos súbita de síntomas de malestar. Hay un aumento inicial de tensión y de los sentimientos de inquietud e incapacidad a medida que se ensayan las técnicas habituales de resolución de problemas. Es una sensación generalizada de impotencia donde puede surgir un estado de confusión cognitiva, donde prima la incapacidad para apreciar la realidad.

2.- FASE DE RESISTENCIA.- El organismo moviliza su energía para encontrar soluciones urgentes. Los mecanismos habituales usados para hacer frente a este tipo de situación fallan. La persona se siente incapaz de responder en forma eficaz, las defensas no tienen éxito por cuanto el estímulo tensor continúa y la

⁶ O'Hagan (1991) Citado en Psicología Social y Trabajo Social, Morales y Olza. Ed. Mc Graw Hill, México. 1996

sensación de malestar es mayor. El desafío de esta etapa tiene que ver con la necesidad de supervivencia, de crecimiento, dominio y/o la expresión de uno mismo. Las respuestas habituales tienen que ver con la agresividad en caso de amenaza, depresión a partir de las pérdidas y movilización de energías en caso de desafío. A partir de lo anterior, se ha descrito a ésta como una fase donde es posible encontrar una solución al problema. Golan, establece en este sentido tres posibilidades:

- Resolver efectivamente el problema.
- Una resolución intermedia que permita conciliar la satisfacción de las necesidades y las posibilidades de la realidad.
- El abandono de los objetivos que la persona se proponía alcanzar.

3.- FASE DE INADAPTACIÓN.- También denominada “de la crisis activa”. Esta es una fase de máximo vulnerabilidad, expresado en un aumento aún mayor de la tensión actúa como un poderoso estímulo interno movilizandolos recursos internos y externos del sujeto. Se ponen a prueba los mecanismos de emergencia habituales para la solución del problema, generando un grado mayor de desorganización en la conducta. El estrés ha sobrepasado las reservas del organismo y las energías vitales, provocando agotamiento.

4.- FASE DE REORGANIZACIÓN.- Esta fase depende de tres factores que se les reconoce como niveladores del equilibrio y la fuerza con éstos se presenten pueden determinar el término de la crisis. De hecho hay muchos que piensan que la presencia o ausencia de estos factores marca la diferencia entre los que hacen crisis a propósito de un estímulo, versus quienes no la hacen.

- *La Percepción de Acontecimiento.*- Si éste es percibido de modo realista se provoca un reconocimiento de la relación entre suceso y sentimientos coherentes, que permite otorgar un significado real al acontecimiento. A partir de aquí la persona puede realizar una proyección de su futuro.

- *Los Apoyos Situacionales.*- Todos dependemos de otros en nuestro ambiente próximo para crecer, desarrollarnos y para que nos reflejen la apreciación de nuestros propios valores, los que tienden a reforzar la percepción que se tiene de uno mismo. La dependencia de estas relaciones tiende a amparar a las personas contra los sentimientos de inseguridad y por tanto se refuerza la integridad del yo.

- *Lo Mecanismos de Defensa.*- Son mecanismos reductores de la tensión abiertos o encubiertos y que pueden ser activados conciente o inconcientemente. Se buscan nuevos modelos que permitan comprender mejor lo que pasa y prever el futuro próximo

Dado que una de las causas habituales de crisis tiene que ver con el acto de afrontar la muerte de un ser querido, especialmente cuando no es un acontecimiento esperado, Elizabeth Kubler – Ross presenta un modelo de cinco fases.

1.- LA NEGACIÓN.- Mecanismos de defensa que puede provocar un estado de inercia aparente: “No es verdad” o “no es posible”.

2.- LA REBELIÓN.- Que nace a consecuencia de un sentimiento de injusticia “¿Porqué yo?”. Esta se constituye en una etapa sumamente difícil de asumir, donde priman los sentimientos de odio y rechazo.

3.- LA NEGOCIACIÓN.- Es el mecanismo de compensación que surge ante lo inevitable e inmodificable, intentando retrasar los acontecimientos. “Si hago esto debiera obtener aquello”

4.- LA DEPRESIÓN.- Es la reacción a la pérdida sufrida, que se constituye en el dolor preparatorio para afrontar el final de la vida, y que permiten llegar a un estado de aceptación y paz.

5.- LA ACEPTACIÓN.- No es lo mismo que resignación, sino un proceso en el que ya no se está ni enojado ni deprimido. Tampoco es una etapa de felicidad, es como si el dolor hubiera desaparecido y comienza un nuevo tiempo.

DESARROLLO DEL MODELO

El objetivo de este tipo de intervención es reestablecer el equilibrio emocional igual o superior al que tenía el cliente antes de precipitada la crisis, calmar los síntomas que ésta provoca en un lapso corto de tiempo y reencontrar un nivel de funcionamiento más o menos adecuado a las exigencias cotidianas.

No se trata de un funcionamiento óptimo sino de restablecer un clima emocional y prevenir la ansiedad que en definitiva puede llevar a la desorganización total.

Los objetivos que se plantea lograr el clínico en la situación de crisis, son los siguientes.-

- Desarrollar un proceso de comprensión y empatía de la persona en crisis
- Identificar la urgencia de los síntomas
- Identificar el o los factores precipitantes
- Reconocer los recursos que posee el cliente y su grupo familiar, tanto personales, como los apoyos situacionales y aquello que está disponible en la comunidad
- Finalmente restablecer el equilibrio emocional del cliente.

No hay consenso entre los estudiosos de las crisis en torno al tiempo de duración de este modelo. En algunos casos se establece que este modelo se aplica en una sola sesión, que corresponde al trabajo de catarsis, ya que toda acción posterior tiene que ver con la resolución del problema y desde ese contexto otros modelos aportan mucho mejor a la intervención.

Otros, sin embargo, lo asumen como un modelo de corta duración por lo tanto su aplicación no puede exceder 5 sesiones en las que se interviene tanto la expresión de sentimientos, como la resolución del conflicto.

Golan, lo reconoce como un modelo de corto plazo que se puede centrar en dos niveles de intervención.-

a.- El primer nivel estaría destinado a aliviar los síntomas, recuperar el nivel anterior de funcionamiento emocional y en lo posible, mejorarlo ayudándole al cliente a comprender mejor las causas de su propia crisis y finalmente realizando un trabajo a nivel familiar en el sentido de enseñarles a realizar la función de apoyo.

b.- El segundo nivel indica un sistema de intervención más complejo y que tiene que ver con la necesidad de que la persona comprenda la vinculación que puede existir entre la crisis actual y hechos del pasado, de tal modo de lograr una nueva percepción de su realidad, desarrollando además las destrezas que le permitirían hacer frente a sus dificultades de modo positivo

1.- FASE INICIAL.

Toda la literatura del Trabajo Social individual y familiar enfatiza en la importancia que para la intervención tiene la primera entrevista, ya que en esta instancia no solo se inicia el diagnóstico que posibilitará la intervención, sino que además se inicia la relación profesional que es el insumo básico de toda acción terapéutica.

En los casos de crisis esta primera entrevista resulta fundamental, básicamente por dos razones, que no implican dejar de lado la importancia del diagnóstico. Una tiene que ver con la propia situación emocional que vive el cliente en ese momento y por lo tanto la condición de hipersensibilidad que le afecta, y la otra tiene que ver con la urgencia para la intervención, ya que la experiencia indica que el cliente suele reclamar la ayuda durante el lapso más agudo de crisis.

Claramente lo anterior exige del profesional ser muy efectivo y en tiempos muy breves.

En esta fase inicial se deben cumplir dos etapas, que no necesariamente son secuenciales como se presentan para efectos didácticos, sino que, como se supondrá más bien suelen darse de modo integrado. Estas son las siguientes.-

1.1.- ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACIÓN DE SOSTÉN.- La calidad de la relación que se establece con el cliente adquiere un significado muy particular. Este necesita saber que no está solo, alguien se preocupa por él y va a apoyarlo. El clínico debe ser capaz de ayudar al cliente a conectarse con su dolor y a que verbalice las emociones relacionadas con las causas de la crisis, ya que ante este sentimiento de alta vulnerabilidad la persona necesita expresar lo global, tanto como los detalles que conforman el todo crítico.

Por cierto los sentimientos más frecuentes son de impotencia, vergüenza, desamparo, miedo, culpa, rabia, como de dijo, acompañados de toda la sintomatología física y las dificultades de comunicación, que es lo que le impide usar sus mecanismos normales de resolución de problemas, a partir de los cuales el trabajador social debe crear un clima de confianza, reconociendo abiertamente, ya sea de modo verbal o analógico el derecho del cliente de expresar lo que siente y del modo que lo siente.

La calidad e intensidad del compromiso del trabajador social y el cliente, que es lo que Ripple denomina "*el optimismo terapéutico*", debe tener un impacto directo en la capacidad de la persona de recobrar la esperanza y la fe. La ausencia de esperanza constituye una de las características de las personas que han sufrido fracasos sucesivos y a su vez se constituye en uno de los obstáculos más importantes para la motivación.

La emociones pueden ser también abordadas a partir del reconocimiento de las pérdidas personales. Usualmente el cliente ha perdido su autoestima, su autonomía, ideales familiares, muchas veces su integridad psicológica, por lo que el ser capaz de reconocerlas y vincular cada pérdida con el sentimiento que le provoca permite iniciar el proceso de duelo.

La técnica por excelencia de esta etapa ha sido llamada tradicionalmente como empatía, sin embargo es más que ponerse en el lugar del otro es además comprenderlo. Tampoco es simplemente catarsis, ya que ésta, como lo examinaremos más adelante, se centra en la expresión de los sentimientos y pensamientos del cliente para provocar alivio y desahogo.

Esta estrategia ha sido denominada simplemente como “apoyo”. Judith Nelson ha planteado que existen cuatro tipo de apoyo:

- De Protección, que incluye dar orientaciones y consejos, escuchar, fijar objetivos y ayudar a estructurar situaciones complejas.
- De Aceptación, que pretende conseguir que los clientes perciban que el profesional está con ellos en su problema
- De Validación, que consiste en demostrar al cliente que se le percibe como persona efectiva y competente. Es dar confianza, aprobación y reforzar los mecanismos de conducta positivos del cliente.
- De Educación, que supone enseñar como funcionar de forma efectiva facilitándole la información que necesita, ayudarle a usar nuevos roles y al conocimiento de sí mismo.⁷

Du Ranquet, define las tareas que debe desarrollar el clínico a lo largo de la primera entrevista como las siguientes:

⁷ Escartín, María José tomado de Manual de Trabajo Social... Ediciones Amalgama. Ed. Aguaclara, España 1994.

- La creación de una relación de confianza.
- Formulación de un primer diagnóstico y la definición de las primeras hipótesis.
- La puesta punto de un plan de acción
- La expresión de los sentimientos negativos, tensión y ansiedad que impiden usar los mecanismos normales de resolución de problemas.

Esta instancia termina cuando el cliente a expresado todas sus emociones y sentimientos, éstas han sido validadas, se ha enfatizado suficientemente en la legitimidad de las mismas y claramente se ha logrado que la persona se sienta mejor, más confortable, protegido y aceptado.

1.2.- EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA.- Por cierto el cliente debe narrar lo sucedido y la cadena de acontecimientos que determinaron la situación de crisis. Este proceso debe incluir a lo menos las áreas del pasado y presente, ya que a veces la persona no está, en esta etapa, en condiciones se plantarse hacia el futuro. El pasado inmediato tiene que ver con los sucesos que culminaron con el estado de crisis e incluye la evaluación del funcionamiento antes y durante la crisis, para llegar a determinar el grado de riesgo que corre tanto la integridad del cliente como su familia.

Browne en 1984 identificó siete factores útiles para valorar el riesgo en que está la persona que pide ayuda. Estos son:

- Mayor riesgo en casos de violencia
- Severidad de heridas físicas
- Uso de drogas y alcohol
- Amenaza de agresión sexual
- Amenaza de suicidio en la mujer
- Amenaza de muerte en el hombre.

La experiencia indica que no es fácil predecir exactamente la dimensión de cada agresión, se trata sólo de un patrón referente que debe ser considerado, aún cuando no se debe confiar absolutamente en él. El factor central a considerar es la percepción del propio cliente. La persona que pide ayuda habitualmente plantea temor y odio, estos sentimientos deben tomarse en cuenta por el clínico, tanto como otros factores, como son la personalidad del cliente, el tiempo de exposición a la situación de stress, la existencia de apoyos situacionales, y la vinculación con redes institucionales de la comunidad.

Este enfoque racional del problema requiere de la apreciación realista del acontecimiento precipitante, así como de otros factores que contribuyeron a producir un estado temporal de desorganización en el funcionamiento social de la persona. Es importante en esta etapa saber que ha hecho la persona antes para pedir ayuda. Esto es central para centrarse posteriormente en lo hay que hacer para resolver el problema por un lado, y por otro tener claridad en torno al grado de vulnerabilidad del cliente.

La percepción deformada de la realidad no permite llegar a fondo en el problema, se corre el riesgo de permanecer en círculos sin avanzar. La comunicación asertiva capacita al cliente para captar el aspecto cognitivo del problema y disminuye la ansiedad provocada por sus sentimientos de incapacidad de hacer frente a la situación.

MODELO OPERATIVO DE LA PRIMERA ENTREVISTA

	Hacer	No hacer
Contacto	Escuchar atentamente Comunicar aceptación	Ignorar Sentimientos juzgar o tomar partido.
Dimensiones del problema	Evaluar mortalidad. Hacer preguntas	Atenerse a preguntar si/no. Permitir abstracciones

	concretas.	continuas. Ignorar signos de Peligro
Posibles soluciones	Establecer prioridades. Abordar los obstáculos que existen.	Dejar la sensación de "sin salida". Tolerar mezcla de necesidades. Dejar obstáculos inexplorados
Acción concreta	Tomar una acción por vez. Establecer objetivos a corto plazo. Ser directivo sólo cuando es indispensable serlo.	Intentar resolver todo en la primera entrevista. Hacer decisiones obligatorias a largo plazo. Evitar tomar responsabilidades cuando sea necesario.
Seguimiento	Establecer una segunda cita. Evaluar las distintas etapas.	Dejar detalles al aire. No establecer la posibilidad de contacto a futuro

2.- FASE INTERMEDIA.

Una vez provocado el proceso de catarsis del cliente y se ha logrado cierto grado de estabilidad emocional, es posible pasar a la segunda fase que tiene que ver con dos procesos centrales. Por un lado estructurar un diagnóstico del cliente y sus sistemas relevantes y definir el o los problemas en los que intervendrá.

2.1.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CLIENTE Y SISTEMAS RELEVANTES.-

Esta evaluación debe centrarse en cinco áreas básicas.-

- Área Conductual.- Tiene que ver con el conocimiento de las actividades manifiestas desarrolladas antes de la crisis por el cliente, entre las que mencionan a lo menos el trabajo, pasatiempo, ejercicios, dietas, conducta sexual, hábitos de sueño y alimentación, consumo de drogas, tabaco o medicamentos adictivos y conductas autodestructivas, como es la presencia de actos suicidas u homicidas. Evaluación de los excesos y déficit y áreas de capacidad e incapacidad.

- Área Afectiva.- Naturaleza de sus relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo en función de su calidad y frecuencia. Modo interpersonal básico. Evaluación de los sentimientos del cliente sobre los hechos traumáticos y la vida en general.

- Área del Funcionamiento Somático.- Se refiere a todas las sensaciones corporales y al funcionamiento físico en general. Es importante evaluar la posible correlación somática entre angustia psicológica y problemas físicos asociados. Como por ejemplo, presencia o ausencia de dolores de cabeza, enfermedades somáticas como alergias y enfermedades estomacales y estados generales de tensión

- Área de la Modalidad Interpersonal.- Incluye información sobre la cantidad y calidad de la relación del cliente y su familia. Implica profundizar en el conocimiento de la red de apoyo y los recursos a los que se podría recurrir eventualmente de ser necesario. Es importante evaluar aquí la presencia de sentimientos de soledad, rabia, ansiedad, alegría extrema y la capacidad para expresar u ocultar sentimientos

- Área Cognitiva.- Incluye las imágenes o descripciones mentales expresados por el cliente y que dicen relación con los valores presentes a nivel de macrosistema, presencia de estereotipos y roles sexuales o temores respecto de las relaciones sociales, fantasías, imágenes mentales del pasado o del futuro, proyectiva social, creencias religiosas y en general actitud frente a la vida.

2.2.- DISEÑO DE MANIOBRAS ADAPTATIVAS.- Esta es una etapa muy corta dentro de la entrevista, pero es central para evitar perder tiempo y recursos en acciones que poco asertivas. Se relaciona con la idea de encarar a la persona con ideas sentimientos y acciones de su parte que pudieran socavar los esfuerzos desplegados por solucionar el problema.

El clínico hace un uso controlado de su autoridad profesional y del poder que le otorga su conocimiento y su función para estructurar su proceso de ayuda, para manejar los tiempos, y hacer recomendaciones con el propósito de ayuda a la persona a sobreponerse a su condición mental y afectiva.

2.3.- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.- Sin duda la principal técnica de manejo en casos de crisis es la catarsis, sin embargo no en todos los casos es posible desarrollar esta estrategia tal y como ha sido diseñada, por distintos factores que van desde el tiempo disponible para la sesión, hasta la capacidad del propio cliente para entregarse a este proceso de descarga emocional.-

1.- CATARSIS.-

Para Hollis es una estrategia de “aireación y exploración” y que ella la define como animar al cliente a la libre expresión de sus sentimientos, creando un clima que haga posible esa expresión. Sin duda se trata de una técnica para aliviar la angustia y reforzar el ego. Se la define de un modo simple como dejar que el cliente hable de lo que el quiera y exprese toda la sintomatología a consecuencia de aquello, hasta permitirle recobrar cierto equilibrio que le reduzca la angustia, le

otorgue una mayor seguridad psicológica y le permita visualizar un proyecto de vida futuro.

En este contexto es necesario centrarse en 4 pasos básicos.

- Hacer Contacto Emocional
- Examinar las Dimensiones del Problema
- Movilización de Recursos
- Visualizar Estrategias de Solución.

Todos estos pasos ya han sido analizados anteriormente, por lo que solo es necesario agregar una cuestión más o menos obvia.

La catarsis en sí misma no resuelve el problema del cliente, solo le permite el desahogo emocional que posibilitará visualizar soluciones. Muchas veces es necesario ejecutar un breve seguimiento, ya que el cliente aún está altamente deprimido y sigue siendo absolutamente vulnerable a los estímulos del medio. Lo más importante es reducir al máximo todos los riesgos a través del establecimiento de la red habitual de apoyos situacionales que posee la persona.

2.- FOCALIZACIÓN.

Lo primero es fragmentar el problema en tantas partes como sea posible para poder jerarquizar e iniciar el proceso de resolución, de tal modo que el propio cliente pueda identificar y apreciar la situación, sus posibles causas y soluciones, reordenar experiencias presentes, examinar la situación entre la situación de crisis y su funcionamiento social, reconocer a nivel intelectual sentimientos y pensamientos del cliente en relación con su problema.

Esta tarea, que también se le ha denominado de “desdoblamiento” o “parcialización” permite además, mirar el problema en sus diferentes componentes a fin de obtener unidades mejor manejables del mismo, establecer prioridades en razón de las áreas que puede intervenir y en que secuencia,

Además, implica revisar con el cliente las distintas alternativas ya sea inmediata o mediata, ya que uno de los aspectos más importantes está en ayudar a la persona a visualizar distintas estrategias y apoyarlo en la toma de decisiones. Este complejo proceso debe hacerse en función de dos variables centrales: el riesgo de muerte y la capacidad de actuar en su propio beneficio.

El apoyo se expresa a través de varias técnicas, las que por cierto no solo puede ser utilizadas en esta etapa:

3.- REFORZAMIENTO DE LOGROS.

Incluye aquellos que se han obtenido con anterioridad a la intervención en otras situaciones difíciles que ha debido asumir el cliente, a demás de los obtenidos durante la sesión o en todo el tratamiento si corresponde. Es la necesidad de recompensar a la persona por pensamientos, sentimientos y la ejecución de acciones positivas que permitan avanzar en la solución del problema. Por otra parte el solo hecho de pedir ayuda se debe entender como un paso en la posibilidad de solucionar el problema y aquello debe ser estimulado.

4.- ORIENTACIÓN.-

Esta es una de las técnicas que por excelencia desarrolla el clínico durante todo el proceso y acompaña a las técnicas que se sugieren en este modelo, no es fácil por lo tanto aislarla del contexto general de la intervención, pero es obvio que al menos para fines didácticos la podemos centrar en dos ámbitos: Uno que tiene que ver con los aspectos afectivos del tratamiento y el otro que es de tipo instrumental.

Esta última estrategia exige ofrecer explicación acerca de los derechos que tiene el cliente en distintos contextos, legal, médico, previsional, sindical etc. Este proceso siempre incluye información en torno a los procedimientos acerca de cómo acceder, requisitos que se deben cumplir, documentos a presentar, entre otros.

5.- INFORMACIÓN GENERAL EN TORNO AL TRATAMIENTO.-

Con el propósito de que el cliente vislumbre nuevas posibilidades futuras y que éstas sean reales, es bueno, describir el tipo de tratamiento que se podría realizar, de tal modo que éste tenga claro a que aspirar y acepte o no la intervención.

6.- ESTABLECER UN ESCENARIO DE PROTECCIÓN.-

Se centra en dos tópicos básicos: Por un lado el cliente debe saber que no está solo, lo que incluye no sólo al clínico sino fundamentalmente sus otros significativos y apoyos situacionales habituales, y por otro lado, es necesario desarrollar un aprendizaje acerca de cómo reaccionar ante las próximas situaciones de tensión que probablemente deba enfrentar, de tal modo de generar una sensación de control de la situación. Este proceso incluye acciones prácticas como por ejemplo llamar a una amiga o pariente, acudir al consultorio, o a carabineros en caso de agresión, saber que teléfonos están disponibles etc.

Algunos teóricos como Carmen Noriega⁸ han denominado esta técnica simplemente como “ensayo” y se refiere a desarrollar junto con el cliente un proceso de anticipación de la realidad, prediciendo las posibles consecuencias reacciones o el curso de acción que tomará el problema, de tal modo que ella tenga la posibilidad de prepararse emocionalmente e intelectualmente, mediante el ensayo de la realidad futura.

⁸ Revista Humanidad N° 11 y 12, Escuela Graduados de Trabajo Social Beatriz Lasalle, Universidad de Puerto Rico 1978

7.- EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA DECISIÓN.

Como corolario de lo anterior, es obvio que toda decisión implica un riesgo en el que se gana algo y se pierde algo, por tanto es importante aclarar estas pérdidas no solo para tenerlas presentes, sino para jerarquizarlas. Esta técnica a veces se le denomina como “Percepción Realista” ya que es el único modo de aumentar la competencia y acercarse paulatinamente a la autonomía

8.- IDENTIFICACIÓN DE LOS APOYOS SITUACIONALES.

Estas personas, generalmente familiares, conforman un sistema de dirección, retroalimentación, transmisión de valores, creencias y códigos de conducta que le posibilita al ser humano encontrar un camino en la vida, en situación de crisis “es” la principal fuente de ayuda⁹

“MODELO DE GOLAN DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS”¹⁰

<i>Fase Inicial: formulación 1° entrevista</i>	<i>Fase Media: implantación (Entrevistas 1° a 6°)</i>	<i>Fase final: terminación (entrevistas 7° y 8°, si fuesen necesarias)</i>
<i>A: enfoque sobre el estado de crisis.</i>	<i>A: Recolección de los datos.</i>	<i>A: decisión sobre la terminación.</i>
Concentrar la atención en el “aquí y ahora”.	Conseguir los datos que falten.	Comprobar la fecha de comienzo de la intervención y recordársela al cliente social.
Hacer que los clientes sociales expresen sus respuestas	Comprobar las incoherencias.	

⁹ Méndez Guzmán María Ximena. Trabajo Social de Casos: Enfoque Psicosocial de la Intervención Clínica. Universidad de Concepción. Chile 1999

¹⁰ Óp. Cit.

<p>emocionales a medida que remiten las emociones. Explorar los hechos peligrosos. Descubrir el tipo y los efectos del estado vulnerable. Evaluar las perturbaciones causadas por el estado de crisis,</p>	<p>Seleccionar los principales temas (pérdida, ansiedad, reto, etc.).</p>	<p>Proponer espaciar las visitas y fecha de terminación.</p> <p>Neutralizar cualquiera resistencia a terminar.</p>
<p><i>B: Evaluación.</i></p> <p>Planes decisorios. Estimación de las circunstancias y de la prioridad de los problemas.</p> <p>Comprobar las prioridades del cliente.</p> <p>Detectar el problema principal.</p>	<p><i>B: Cambio en la conducta.</i> Comprobar los mecanismos de enfrentamiento a la vida en el área problemática. Establecer metas realistas a corto plazo.</p> <p>Establecer el conjunto de tareas.</p> <p>Determinar conjuntamente las tareas prácticas.</p> <p>Determinar conjuntamente las tareas "pensantes".</p>	<p><i>B: Revisión de los progresos alcanzados.</i></p> <p>Resumir los progresos.</p> <p>Revisar los temas principales.</p> <p>Recordatorio de las tareas realizadas, metas alcanzadas, cambios, trabajos incompletos, etc.</p>
<p><i>C: Contrato.</i></p> <p>Definir las metas, tareas, etc. Tanto para</p>		<p><i>C: Plan futuro.</i></p> <p>Discutir los problemas actuales.</p>

<p>el cliente como para el asistente social</p>		<p>Discutir los planes del cliente.</p> <p>Ayudar al cliente social a aceptar que el proceso ha terminado.</p> <p>Ayudar al cliente a sentirse bien ante la idea de volver con otros problemas.</p>
---	--	---

3.- FASE FINAL.

El término naturalmente está determinado por el nivel de los logros obtenidos por el cliente, aún cuando hay autores que prefieren, al igual que en los otros modelos, definir la finalización de la intervención de antemano.

Uno de los aspectos que resulta más difícil de resolver para el Trabajador Social joven, es precisamente el desligamiento con el cliente, ya que por características de este proceso se ha estado tan cerca de aquella persona tan vulnerable, que el riesgo de iniciar una relación de dependencia es muy alto. Sin embargo es súper importante recordar, que lo que más necesita esta persona vulnerable, es probarse a sí mismo y mirarse a sí mismo como un sujeto capaz.

Para dar por concluida esta intervención es muy importante evaluar las siguientes variables.

- Percepción de la persona respecto de su situación.
- Evaluar sentimientos y pensamientos respecto de aquella solución
- Revisar cada uno de los intentos que el cliente efectuó para superar el problema, evaluando los resultados de aquello

- Analizar las capacidades, habilidades y oportunidades que posee el cliente para enfrentar el proceso que viene
- Percibir la motivación, malestar esperanza o desesperanza que expresa el cliente
- Evaluar el estilo de relación que realiza el cliente con sus apoyos situacionales y con el propio clínico.

RESUMEN FINAL.

Por cierto que el modelo que aquí se presenta no es el único que existe en Trabajo Social. Nada más lejos de eso. Ni tampoco es el mejor, ni siquiera el más empleado, simplemente es aquel que desde mi perspectiva y experiencia de trabajo puede ser de mayor utilidad, para todo aquel Trabajador Social cuyo ámbito central de su intervención es el cliente y su familia.

Actúa para ayudar a una persona a frenar la conmoción ante una situación especialmente crítica, contribuye a reorganizar su capacidad adaptativa y de respuesta. Su función es intervenir de forma inmediata, rápida y breve. En este contexto es central el establecimiento de una relación profesional de confianza y apoyo desde el primer momento, así el trabajador social realiza la intervención posibilitando la expresión del cliente y la espontaneidad de sus expresiones emotivas.

Claramente no es un modelo solucionador del problema que desencadena la crisis, es un modelo catalizador de emociones. A partir del reestablecimiento del equilibrio emocional, es posible iniciar la intervención que permitirá la solución del problema.

BIBLIOGRAFÍA.

- GUNNAR BERNLER*, "Teoría para el Trabajo Psicosocial", Editorial *LISBETH JOHNSON* Espacio 1997.
- ESCARTÍN CAPARRÓS*, Manual de Trabajo Social: "Modelos de Práctica Profesional". Colección Amalgama. Ed. *MARÍA JOSÉ*, Aguacilar, España 1992.
- MÉNDEZ GUZMÁN*. Trabajo Social de Casos: Enfoque Psicosocial de la Intervención Clínica., Universidad de *MARIA XIMENA* Concepción, Chile 1999).
- MÉNDEZ GUZMÁN*, "La Relación Profesional en el Trabajo Clínico" Tercera Conferencia Conmemorativa del trabajo Social Latinoamericano: La Familia en el Tercer Milenio. Universidad de Concepción, Chile, 2000. *MARÍA XIMENA*.
- PAYNE, MALCOM* Teorías Contemporáneas del Trabajo Social: Una Introducción Crítica" Ed. Paidós, Barcelona 1995.
- H. H. PERLMAN*, El Trabajo Social Individualizado, Ed. Rialp S.A. España, 1965.
- NEWMAN Y NEWMAN*, El desarrollo a través de la vida. Ed Homewood, Illinois. The Sorvery Press 1984.
- FRANCISCO MORALES* "Psicología y Trabajo Social" (Coordinadores) *Y MIGUEL OLZA*, Mc Graw-Hill Interamericana S.A., Madrid, España, 1996.
- MORALES Y OLZA*, Coordinadores Psicología Social y Trabajo Social, Cap. 16. Enfoque Centrado en la Tarea, Ed. Mc Graw Hill, Barcelona, España 1996.