

**ENTRENAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
EN INCIDENTES CRÍTICOS
GUÍA METODOLÓGICA**





©Derechos reservados
Gobierno del Estado de México
Secretaría de Desarrollo Social
Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social
Diciembre, 2011

Paseo Tollocan No. 304-1, Colonia Altamirano
C.P. 50130
Toluca, Estado de México





ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
CAPITULO I Definición y tipos de incidentes críticos	11
Incidente crítico	11
Tipos de incidentes críticos	12
Reacciones ante incidentes críticos	12
Incidentes críticos en víctimas de violencia de género	13
CAPITULO II Estrés	17
Definición fisiológica	17
Definición psicológica	18
Definición social	19
Eustrés, distrés y disfunción	20
Estrés postraumático	20
Crisis	21
Trauma psicológico	24
CAPITULO III Intervención en crisis y manejo de incidentes críticos relacionados con violencia de género	25
Intervención en crisis	26
Modelos de intervención en crisis	27
Procedimiento de valoración: CASIC	31
Manejo de estrés en incidentes críticos (MEIC)	32
Modelo SAFER-R: Intervención en crisis individual	33
Triage psicológico	33
Otros Ejercicios	34
CAPITULO IV Recursos sociales que se requieren para enfrentar un incidente crítico de violencia	37
CAPITULO V Cuidado personal y grupal post intervención en incidentes críticos	41
Contratransferencia	41
GLOSARIO	43
FUENTES CONSULTADAS	45





La violencia de género es una expresión desproporcionada de poder y son las mujeres sus principales víctimas, padeciendo esta problemática en los propios hogares y a manos de sus parejas. La información otorgada por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, EN-DIREH 2006, notifica que en el Estado de México el 60% de las mujeres casadas o unidas de 15 y más años de edad, han padecido algún episodio de violencia por su pareja a lo largo de su última relación.

En cualquiera de sus manifestaciones, la violencia genera deterioro de la salud física y mental de quien la padece, altera la calidad de vida de las familias y tiene como consecuencia alto impacto económico y social capaz de crear atrasos en el desarrollo de un estado... de un país.

Uno de los graves problemas a los que se enfrentan las mujeres y demás miembros de la familia que se encuentran en situación de violencia, es el impacto emocional, reflejado por el deterioro de la autoestima a modo de incurrir en inseguridad, dependencia, desvalorización y sentido de incapacidad. La violencia en este caso se convierte en la fuente que fomenta el deterioro, es un factor de estrés capaz de ocasionar cambios físicos, psicológicos y sociales. La salud mental entra en detrimento, va siendo invadida por ansiedad, depresión, estrés postraumático, fobias, trastornos de somatización, adicciones, disfunciones sexuales e incluso intentos suicidas. El área de las relaciones interpersonales también se afecta, de modo que la mujer queda aislada hasta del entorno más básico.

Sobre esta realidad, el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, como cabeza de sector y dependencia fundamental en el desarrollo de la perspectiva de género de la entidad, impulsa como una necesidad la generación de información y capacitación dirigido a todos y todas las profesionales que intervengan en la atención de la violencia, de ahí se origina la presente Guía Metodológica denominada, Entrenamiento Psicoterapéutico para el Manejo del Estrés en Incidentes Críticos, como una herramienta en la atención psicológica de víctimas.

Este manual deriva del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2011, los alcances de esta política guardan estrecha correspondencia con los principios establecidos por el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, organismo encargado de planear, coordinar, operar y evaluar las políticas y programas de Gobierno dirigidos a lograr el bienestar de las mujeres y que ha instrumentado ya, un conjunto de acciones, entre las cuales se cuentan:

El programa: “Mexiquense por una Vida sin Violencia”, a través del cual se opera la Línea 01 800 10 84 053 que es gratuita, confidencial y se considera un canal de acceso permanente para quien se encuentra en estas circunstancias, la Brigada de seguimiento que realiza visita domiciliaria a mujeres que fueron detectadas en riesgo de seguir siendo violentada y que en conjunto con los tres Albergues Temporales para Mujeres en Situación de Violencia otorgan protección inmediata y resguardan la integridad física de ellas y de sus menores hijas e hijos, asimismo existen 21 Unidades de Atención distribuidas estratégicamente para otorgar servicio dentro de las comunida-

des en materia psicológica, jurídica y de trabajo social, estas unidades están en contacto permanente con la población a través de acciones preventivas como pláticas, conferencias, stands y cine-debate, finalmente, el Consejo ha implementado recientemente dos Unidades de Atención y Reeducción para personas que ejercen violencia de género, con el objetivo de cambiar patrones socioculturales que fomentan la violencia.

Para el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, una de las acciones prioritarias es hacer redes institucionales que culminen en la atención integral de víctimas, para ejercitar esta acción se realiza capacitación a los servidores públicos en materia de género, igualdad, equidad, derechos humanos y temas de mayor precisión como es la difusión de los Instrumentos Internacionales, masculinidad, trata de personas, intervención en crisis, prevención de Burnout entre otros, con lo que se logra la capacitación continua y actualización.

Para los profesionales de salud mental que trabajan con víctimas de violencia de género, es sumamente familiar intervenir en estrés en incidentes críticos. En algunos casos, la posibilidad de alguna resolución futura es limitada, (como en situaciones en las que las agresiones llevan a una discapacidad permanente), por lo que resulta de vital importancia que los servidores conozcan y apliquen técnicas de intervención.

Esta guía permitirá al personal contar con los conocimientos del sistema de manejo de estrés en incidentes críticos para que pueda aplicarlo a mujeres víctimas de violencia y en sus propios ambientes laborales permitiendo la implementación de un servicio de calidad y eficiencia para las Unidades.

La experiencia demuestra que los hechos que amenazan las vidas o la seguridad de las personas, pueden generar efectos psicológicos y sociales negativos. Las investigaciones y la práctica también muestran que ofrecer apoyo psicológico, social y organizacional adecuado después de los incidentes críticos de violencia de género, puede ayudar a reducir o prevenir algunas consecuencias negativas.

Por ello, en el primer capítulo se definirán y explicarán los tipos de incidentes críticos, los cuales constituyen la base primordial sobre la cual suceden los eventos de violencia de género.

Posteriormente, en el segundo capítulo, se abordará el tema del estrés dando énfasis a las particularidades referentes al tema de violencia de género, para revisar en el tercer capítulo, de manera concisa, las principales técnicas y enfoques de intervención en crisis y manejo de incidentes críticos.

En el capítulo cuatro, se englobarán los aspectos y recursos sociales necesarios para la manera de afrontamiento ante incidentes críticos de violencia.

Finalmente en el último capítulo, se revisará la importancia del autocuidado de los servidores que atienden a usuarias víctimas de violencia de género.



CAPITULO I.

DEFINICIÓN Y TIPOS DE INCIDENTES CRÍTICOS

De acuerdo con Flannery y Everly (2000), un incidente crítico puede ser pensado como cualquier evento estresor que tiene el potencial de llevar a una respuesta de crisis en muchos individuos. Como mencionan Everly y Lating (1995), es de particular importancia para los servicios de salud mental de emergencia, tomar en cuenta incidentes críticos con estresores extremos que pueden resultar en trauma psicológico y estrés postraumático (Ver figura 1).

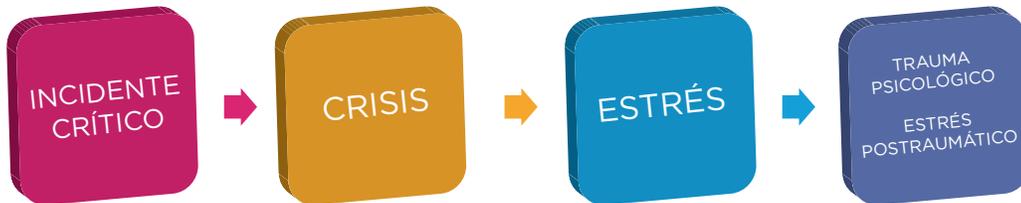


Figura 1. Secuencia causal de incidentes críticos

INCIDENTE CRÍTICO

De acuerdo con Leonhardt y Vogt (2006), un incidente crítico es un evento inesperado que exige improvisar una respuesta inmediata, es una situación que va más allá de las experiencias comunes y cotidianas, por lo cual las personas afectadas se encuentran en una condición de estrés extremo. Usualmente, aquellas personas afectadas por un incidente de este tipo experimentan reacciones desconocidas o excepcionales llamadas **reacciones de estrés ante incidentes críticos**.

Los términos clave en esta definición son: evento, situación y reacción excepcional o inusual.

Como mencionan Leonhardt y Vogt (2006) en cualquier tipo de intervención en crisis, las personas y sus reacciones individuales deben ser el centro que defina al tratamiento. Es un hecho conocido que cada persona experimenta los incidentes críticos de diferentes maneras. Las diferentes experiencias personales conducen a distintas reacciones. Así, un grupo de personas experimentando el mismo incidente, pueden revelar patrones de reacción de estrés ante incidentes críticos de diferentes cualidades e intensidades.

De acuerdo con CARE (2009), los incidentes críticos son como una onda de choque que comienza en el punto de impacto e irradia hacia afuera en círculos cada vez más grande. Es como lanzar una piedra en un lago, generando ondulación en todas las direcciones del mismo, así, cuando se tenga que decidir quién necesita ayuda, hay que identificar quienes están en el punto de impacto, pero también a quienes estén afectados por las ondas y las olas. En tanto sea razonable y posible, **el objetivo es incluir a todos** (Ver figura 2).



TIPOS DE INCIDENTES CRÍTICOS

INDIVIDUAL/PERSONAL	COMUNITARIOS/MUNDALES
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier experiencia que amenace la vida. • Accidente que involucre heridas serias y/o daños en propiedad. • Muerte súbita o inesperada de un ser querido. • Abuso sexual. • Robo. • Crímenes violentos. • Cárcel. • Violencia doméstica. • Abortos. • Abuso psicológico o emocional. • Enfermedad. • Suicidio o intento de suicidio. • Homicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incendios. • Inundaciones. • Terremotos. • Huracanes. • Tornados. • Erupciones volcánicas. • Accidentes con múltiples heridos o muertos. • Terrorismo. • Actos de guerra. • Homicidios en la comunidad. • Desastres comunitarios. • Vandalismo.

REACCIONES ANTE INCIDENTES CRÍTICOS

Las reacciones fisiológicas y emocionales ante incidentes críticos varían de persona a persona. Algunos individuos experimentan todos los síntomas, otros sólo unos cuantos. En algunos casos el efecto es inmediato, para otros, los síntomas pueden ocurrir semanas, meses o incluso años después. Los efectos pueden ser acumulativos a lo largo del tiempo (Leonhardt y Vogt, 2006).

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS COGNITIVOS/ MENTALES	SÍNTOMAS CONDUCTUALES	EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Escalofríos. • Fatiga. • Náusea. • Desmayos. • Vómito. • Mareos. • Debilidad. • Dolor en el pecho. • Dolores de cabeza. • Incremento en la presión arterial. • Taquicardia. • Temblores musculares. • Rechinido de dientes (bruxismo) • Dificultades visuales. • Sudoración excesiva. • Dificultad para respirar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión. • Pesadillas. • Incertidumbre. • Hipervigilancia. • Susplicacia. • Imágenes intrusivas. • Dificultad para pensar de manera abstracta. • Dificultad para resolver problemas. • Pobre concentración. • Disminución de memoria. • Desorientación en tiempo, lugar y/o persona. • Cambios en la tonalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Incapacidad para descansar. • Incremento en el ritmo de las actividades. • Movimientos erráticos. • Cambios en la actividad social. • Cambios en los patrones del lenguaje. • Pérdida o incremento de apetito. • Incremento en el consumo de alcohol o drogas. • Cambios en patrones de comunicación. • Actos antisociales • Rituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo. • Pánico. • Culpa. • Tristeza. • Negación. • Ansiedad. • Agitación. • Irritabilidad. • Depresión. • Ira intensa. • Aprehensión. • Shock emocional. • Pérdida de control emocional. • Llanto.

INCIDENTES CRÍTICOS EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

De acuerdo a Walker (1979), la violencia en la pareja tiende a mostrar una naturaleza cíclica y existen tres grandes fases: fase de tensión, fase de agresión y fase de reconciliación o “luna de miel”. Los incidentes críticos suelen manifestarse en la etapa de agresión. A continuación se describe el ciclo con sus fases intermedias (culpa, arrepentimiento y aparente calma), incluyendo así las emociones que pueden sentir las víctimas de violencia de género en cada una, además de un cuadro de las posibles acciones que pueden realizar. (Ver figura 3).



Figura 3. Ciclo de la violencia (Díaz y Flores, 2009).

- **Fase de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de tensión que aumentan la fricción y los conflictos en las parejas. El hombre violento no expresa sus sentimientos de frustración, inseguridad, minusvalía, sino que deposita el foco de su atención en la persona más débil y cercana. Su hostilidad toma la forma de violencia psicológica, a través de miradas, acciones, gestos, gritos, humillaciones, devaluaciones, rompiendo cosas o destruyendo pertenencias valiosas para ella. La mujer intenta calmar, complacer, o al menos, no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia de que ella puede controlar la agresión si se adapta a las necesidades del agresor, pero sus movimientos, miradas o actitudes funcionan como detonador que enciende la pólvora, esta etapa puede durar días o meses. La tensión se acumula hasta que se produce la siguiente fase.
- **Fase de agresión:** Generalmente el agresor se siente amenazado en su jerarquía e intenta restablecer el dominio por medio de la violencia. Esta amenaza puede ser real o imaginada y actúa como justificación para el agresor *“ella me provocó”, “debe saber quién es el que manda” “a mí nadie me contesta así”*. Estalla entonces la violencia física, y/o psíquica o sexual. Si esta fase no culmina con la muerte de la víctima, llega un momento en que se detiene, esto se explica al recordar que el fin último es el poder y el control sobre la víctima, entonces, cuando la mujer está sometida y se ha restablecido la jerarquía a los ojos del agresor se interrumpe la violencia. Es en ésta etapa en que las víctimas con mayor probabilidad buscan ayuda: acuden a sus familiares, a sus amigos, denuncian, asisten con un psicólogo, se esconden, se van de la casa, etc.
- **Fase de reconciliación o “luna de miel”:** El hombre violento pide perdón, se arrepiente, minimiza los daños: *“sólo fue un empujón”, “yo no quería lastimarte”*. Le hace promesas de cambio o le hace regalos, la mujer se siente culpable, cree que ella lo provocó, siente vergüenza por lo que pasó, ésto le crea una gran confusión. También le permite ver el lado bueno de su pareja, fomentando la esperanza de que él cambiara. Este momento supone un refuerzo positivo para que se mantenga la relación, disculpan al agresor: *“es el alcohol que lo descontrola”, “es que sufrió mucho de niño”*. Normalizan el fenómeno: *“las desavenencias suceden en todas las parejas”, “no volverá a suceder”*. Es en ésta etapa cuando por lo general retiran las denuncias, regresan a casa o abandonan el tratamiento. Para tomar conciencia de que es un ciclo y de que no parará por sí solo, pueden pasar muchos años.

Con el tiempo, la fase de agresión se repite más a menudo o se está todo el tiempo entre la tensión y la agresión, pudiéndose generar más incidentes críticos. Mientras tanto, los sentimientos de minusvalía, de parálisis por el miedo al agresor y la desesperanza aprendida, llevan a la víctima a sentirse en un callejón sin salida (Corsi, 1994).

Además de la identificación de los tipos de incidentes críticos y de las reacciones ante los mismos ya mencionados en éste capítulo, es de importancia que los servidores que atienden a las víctimas de violencia de género identifiquen en qué fase se encuentra la usuaria atendida para determinar el tipo de intervención, de acuerdo al modelo de Slaikeu (1988), se propone los siguientes pasos (Ver tabla 1).

	PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
Momento	• Antes de que el incidente crítico suceda.	• Inmediatamente después del incidente crítico.	• Años después del incidente crítico.
Momento del ciclo de violencia	• Aparente calma. • Acumulación de la tensión. • Reconciliación o luna de miel.	• Agresión. • Escalada de violencia.	• Salida de la violencia.
Objetivos	• Reducir la incidencia de trastornos mentales y emocionales. • Protección del buen desarrollo humano dentro de la familia.	• Reducir los efectos debilitantes de la crisis. • Facilitar el crecimiento a partir de la crisis.	• Reparar el daño hecho por los efectos de la violencia de género, tratamiento mental/trastornos emocionales.
Técnicas/Estrategias	• Educación, políticas públicas para prevenir la violencia de género, marco jurídico que garantice la equidad de género.	• Intervención en crisis: • Primeros auxilios psicológicos. • b) Intervención en crisis.	• Psicoterapia a largo plazo. • Reentrenamiento, medicación, rehabilitación.
Poblaciones blanco	• Todos los seres humanos y particularmente a los grupos de alto riesgo.	• Víctimas de experiencias de violencia de género y testigos.	• Víctimas de violencia de género.
Sistemas de apoyo	• Gobierno (Poder Legislativo, Ejecutivo y Judicial).	• Profesionales al frente (terapeutas, abogados, maestros, médicos, enfermeras, policías, etc.). • Familias y sistemas sociales.	• Profesionales de la salud y salud mental, en hospitales y clínicas de consulta externa.

Tabla 1. Intervención en crisis y el ciclo de la violencia, adaptado de Slaike (1988).

Como se puede observar, la intervención en crisis en casos de violencia de género puede ser realizada en cualquiera de las tres fases que propone Slaikeu, dada la naturaleza del problema, ya que afecta a las mujeres a nivel individual, social y cultural. Es una problemática que tiene una secuencia cíclica que tiende a aumentar en gravedad conforme avanza el tiempo. En el capítulo tres de esta guía, se revisarán a detalle diversos modelos de intervención en crisis a personas que sufren violencia de género.



CAPITULO II. ESTRÉS

DEFINICIÓN FISIOLÓGICA

El Dr. Hans Selye (1950), fue el primero en popularizar la palabra estrés, tomando como base sus estudios con animales sujetos a condiciones que ponían en peligro sus vidas. El Dr. Selye se dio cuenta que dichos animales presentaban una serie de reacciones fisiológicas que los preparaban para luchar o huir, a lo cual denominó reacción de lucha o huida (Selye, 1950), también conocido como síndrome general de adaptación, en donde el organismo presenta una reacción a nivel general como parte de sus esfuerzos para adaptarse a las demandas y presiones que enfrenta, experimentando una variedad de síntomas, tanto físicos como psicológicos.

Otro punto importante a entender en la definición del Dr. Selye, es que los seres humanos experimentan ésta reacción de lucha o huida ante situaciones que no representan ningún peligro inmediato para la supervivencia, es decir, el cuerpo se prepara para enfrentar una situación de vida o muerte cuando en realidad se está a salvo (por ejemplo, cuando hay sobrecarga de trabajo, o hay mucho tráfico, etc.).

De hecho, tener una reacción ocasional de estrés no es lo que hace daño, el problema con el estrés es cuando se presenta de manera crónica, es decir, que se repite a lo largo del tiempo.

Algunos de los principales síntomas de estrés a nivel físico, de acuerdo con Contrada y Baum (2011), son:

SÍNTOMAS FÍSICOS		
<ul style="list-style-type: none">• Dolor de cabeza• Dolor en el pecho• Palpitaciones• Hipertensión• Dificultad para respirar• Dolores musculares	<ul style="list-style-type: none">• Rechinido de dientes• Garganta apretada y seca• Indigestión• Estreñimiento o diarrea• Retortijones o distensión abdominal	<ul style="list-style-type: none">• Mandíbulas trabadas• Incremento en la sudoración• Fatiga• Insomnio• Aumento o pérdida de peso• Disfunción sexual

Tabla 2. Síntomas físicos del estrés.

De igual manera, Selye (1950) postula que la reacción fisiológica de estrés presenta varias etapas, las cuales son:

- **Etapa de alarma o alerta:** Durante ésta etapa, se presenta la reacción de lucha o huida que prepara al individuo para enfrentar una amenaza o reto. La persona presenta los cambios característicos de la primera exposición al estresor, por ejemplo: ansiedad, pánico, exceso de pensamientos, taquicardia, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, etc.
- **Etapa de resistencia:** Es la etapa en la que el cuerpo puede regresar a su estado previo de equilibrio y recuperarse del desgaste sufrido durante la etapa de alarma una vez que el estresor ha sido eliminado.
- **Etapa de agotamiento:** Es una reacción ante la alta demanda metabólica cuando la etapa de alarma dura mucho tiempo. Ya que el cuerpo ha agotado sus recursos, se vuelve más propenso a padecer enfermedades, y en casos extremos, la muerte.

El efecto acumulado del estrés durante la etapa de resistencia recibe el nombre de carga alostática (McEwen, 2007), en donde aparentemente existe un equilibrio hasta que llega el momento en el que se experimentan síntomas perjudiciales para la salud. Este efecto también recibe el nombre de internalización de la reacción ante el estrés (Kabat-Zinn, 1990).

DEFINICIÓN PSICOLÓGICA

Además de la definición fisiológica del estrés, existe otra manera de entender este fenómeno, conocido como definición **psicológica o transaccional** del estrés, acuñada por Lazarus y Folkman (1991). Esta definición implica una relación entre el individuo y su medio ambiente. Cuando se tiene una demanda proveniente del medio ambiente (discusiones, problemas familiares, etc.) y se percibe que dichas demandas exceden la propia capacidad de enfrentarlas, aparecerá el estrés. (Ver figura 4).

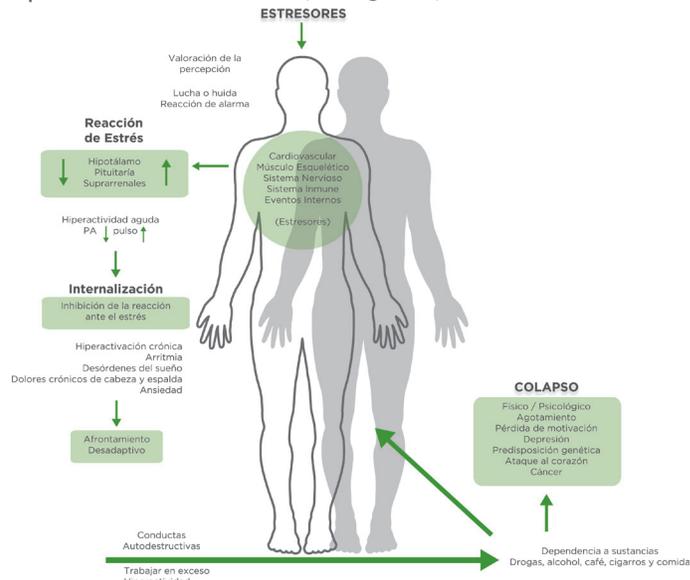


Figura 4. Ciclo de reacción ante el estrés.

Dienstbier (1989) ofrece una reformulación de la teoría transaccional del estrés, en donde afirma que cuando un evento es valorado como un reto, conlleva a menores consecuencias fisiológicas que cuando es valorado como una amenaza. El autor usa el término “estrés” para referirse a transacciones o interacciones que conllevan únicamente a emociones negativas, mientras que utiliza el término “reto” para describir una transacción que puede llevar a emociones negativas o positivas.

A continuación se presentan algunos síntomas psicológicos del estrés (Contrada y Baum 2011):

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación excesiva. • Ansiedad. • Enojo. • Irritabilidad. • Depresión. • Tristeza. • Inquietud. • Cambios de humor. • Sensación de inseguridad. | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse. • Confusión. • Fallas en la memoria. • Resentimiento. • Tendencia a culpar a los demás por los sentimientos propios. • Tendencia a ver sólo los aspectos negativos de personas y situaciones. • Culpa. • Apatía. |
|--|---|

Tradicionalmente, el estudio del estrés se ha enfocado, como se ha mencionado, hacia la reacción del cuerpo ante los estresores (perspectiva fisiológica) y los procesos cognitivos que valoran el evento o situación como estresante (perspectiva psicológica o transaccional).

Sin embargo, de acuerdo a Pearlin (1982), desde las perspectivas sociales de la respuesta de estrés se ha notado que diferentes personas experimentando condiciones de vida similares, no están afectadas de la misma manera por el estrés.

Pearlin (1989) menciona que el estrés y sus procesos relacionados pueden ser entendidos desde el punto de vista social en términos de las variaciones económicas, de clase social, género o rango de edad. Estas variedades apuntan al hecho de que es imposible separar el bienestar de las personas de las estructuras sociales en las que se localizan.

En este sentido, las víctimas de violencia se encuentran expuestas con gran frecuencia a fuertes estresores. De acuerdo con Green y Roberts (2008), el resultado es un evento de estrés agudo, es decir, experimentar un evento amenazante, súbito y de corta duración; o un evento de estrés crónico (p. ej. experimentar una demanda ambiental constante como tener que tratar con el sistema judicial o tener que cambiar la rutina diaria como resultado de la victimización).

Las investigaciones apoyan la idea de que el soporte social es importante para enfrentar los efectos nocivos del estrés. Para reforzar este punto, Hanson, Kilpatrick, Falsetti, Resnick y Weaver (1996) encontraron que el apoyo social juega un rol fundamental en la recuperación de la víctima de violencia. De acuerdo con Hobfoll y Vaux (1993) el apoyo social puede definirse como “aquellas actividades que incrementan el sentido de competencia de la persona a través de recibir apoyo material y cognitivo, así como apoyo emocional”.

Algunos de los principales síntomas del estrés a nivel conductual, de acuerdo con Contrada y Baum (2011) son:

SÍNTOMAS CONDUCTUALES

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Exceso o falta de apetito.• Aumento de las discusiones.• Explosiones de enojo.• Aumento en el uso de drogas y alcohol.• Retraimiento o aislamiento.• Ataques de llanto.• Reducción de la productividad. | <ul style="list-style-type: none">• Insatisfacción con el trabajo.• Mal desempeño laboral.• Agotamiento.• Cambio en los patrones de sueño.• Tics nerviosos.• Impaciencia.• Reducción del interés en el sexo. |
|---|--|

La definición que el Dr. Selye (1975), le diera al estrés permanece vigente, a pesar de que esta condición puede desencadenar problemas graves de salud, dicha reacción implica una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, el estrés puede clasificarse de acuerdo a su valoración como negativo o positivo. Dicha tipología será descrita en la siguiente sección.

EUSTRÉS, DISTRÉS Y DISFUNCIÓN

Al estrés positivo se le conoce como eustrés, mientras que al negativo se le denomina distrés. Es importante señalar que el cuerpo no puede discernir físicamente entre eustrés y distrés.

El término eustrés se refiere al estrés saludable o que le da a la persona un sentimiento de satisfacción, esta condición ayuda a los individuos a solucionar sus problemas con mayor rapidez. Por otro lado, el distrés se refiere al estrés que conlleva consecuencias negativas, dando un aspecto de conflicto, de confusión, de malestar y aún cuando puede dar solución a los problemas, los síntomas son más evidentes y perjudiciales (Selye, 1975). Cuando existe distrés, los lineamientos de tratamiento sugieren identificar, evaluar y monitorear.

Un punto más extremo en el distrés es la disfunción, la cual implica un impedimento para funcionar de manera normal. Cuando existe disfunción, es necesaria la atención inmediata (England, 2005).

EUSTRÉS	DISTRÉS	DISFUNCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Subirse a la montaña rusa. • Casarse. • Obtener una promoción laboral. • Presentar examen recepcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral. • Problemas familiares. • Preocupación excesiva con respecto a algún evento. • Deserción escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia de género. • Ideación suicida. • Incapacidad persistente y disminuida para resolver problemas. • Ataques de pánico. • Trastorno por estrés postraumático.

Tabla 3. Eustrés vs. Distrés vs. Disfunción.

Como se ha descrito, las situaciones estresantes pueden derivar en una serie de consecuencias negativas dependiendo del contexto y de las características de personalidad. En este sentido, existen situaciones que por su naturaleza extrema y súbita ponen de manifiesto todos los elementos del estrés descritos hasta ahora.

A continuación se revisará la definición de un tipo de estrés que aqueja particularmente a las víctimas de violencia de género: el estrés postraumático.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Existe otra categoría de estrés, la cual merece ser mencionada por separado, debido a su estrecha relación con los episodios de violencia de género: el estrés postraumático. De acuerdo con el Diccionario de Psicología de la American Psychological Association (Kazdin, 2000), el trastorno por estrés postraumático es caracterizado por síntomas de ansiedad, que surgen como respuesta tardía a un acontecimiento traumático gravemente amenazante para cualquier persona: asaltos, violencia, violación, desastres, etcétera.

Los síntomas incluyen el recuerdo vívido y repetido del episodio, durante la vigilia o el sueño, acompañado de pérdida de apego a los demás, anhedonia y evitación de actividades y situaciones que el paciente teme le generen la repetición del trauma.

De acuerdo con Kazdin (2000), este trastorno se presenta semanas o meses

después del evento, a veces hasta años después. Después de un suceso devastador, de 50% a 80% de los sujetos pueden sufrir el trastorno en algún grado.

Los síntomas del trastorno por estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales (Bisson y Andrew, 2007):

1. "Reviviscencia" repetitiva del hecho, lo cual perturba las actividades diarias

- Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
- Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho.
- Pesadillas repetitivas del hecho.
- Reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

2. Evasión

- "Insensibilidad" emocional o sentirse como si no le importara nada.
- Sentirse despreocupado.
- No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- Falta de interés en las actividades normales.
- Mostrar menos expresión de estados de ánimo.
- Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.
- Sensación de tener un futuro incierto.

3. Excitación

- Dificultad para concentrarse.
- Sobresaltarse fácilmente.
- Tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto.
- Sentirse más alerta (hipervigilancia).
- Sentirse irritable o tener ataques de ira.
- Tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.
- El estrés postraumático es una entidad que requiere de intervención profesional inmediata.

El estrés postraumático es una entidad que requiere de intervención profesional inmediata.

CRISIS

De acuerdo con Díaz y Flores (2009), crisis en castellano etimológicamente significa momento de decisión; en chino, peligro y oportunidad (weiji) y en griego (krinen), decisión y discernimiento para mejorar o empeorar. De esta forma, la intervención en estos momentos es crucial para apoyar el autococonocimiento, la reflexión y el cambio.

De igual manera Slaikeu (1988), señala que una crisis es un punto decisivo, en el que el rumbo a tomar puede ser para mejorar o para empeorar.

El diccionario de la Real Academia Española (2011), define crisis como: "un cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, o para agravarse el paciente."

En el caso de las víctimas de violencia, diversos factores van a influir en la forma de afrontar e incorporar las situaciones críticas. De acuerdo a Slaikeu (1988), entre los factores que pueden definir el rumbo de la resolución de una crisis, se encuentran:

- a) **La severidad del suceso precipitante:** como la muerte de un ser querido, un accidente o catástrofe natural, así como una agresión o ataque pueden desencadenar una crisis.
- b) **Los recursos personales para afrontarla:** ya sean natos o adquiridos a través de las experiencias de vida y resiliencia, algunas personas están mejor dotadas que otras para enfrentar las tensiones de una crisis.
- c) **Los recursos sociales presentes en el momento de crisis:** es de suma importancia el nivel de apoyo social e interpersonal percibido por la víctima. Estos pueden ser familiares, amigos, instituciones de apoyo social, policías y por supuesto profesionales de la salud mental, que proporcionen apoyo y contención ante incidentes críticos.

Por otra parte, el estado de crisis está limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas), casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita y puede esperarse que siga un proceso de resolución y adaptación.

En este caso, la terapia breve tiene como objetivo el brindar apoyo para ayudar a la persona a recuperar el equilibrio necesario para seguir su trayectoria vital con una calidad de vida similar o incluso superior a la que disfrutaba anteriormente.

Técnicas de comunicación en crisis

Sullivan y Everstine (2006), proponen una serie de principios básicos para la comunicación en situaciones de crisis, las cuales son:

1. Una persona “no puede NO comunicarse”. Cuando un individuo dice, por ejemplo, “hola”, y la otra persona no responde y se da la vuelta, la segunda persona ha comunicado algo con mucha claridad. De aquí la importancia de afinar la percepción en cómo se comunican las víctimas.
2. La comunicación humana es un fenómeno de múltiples niveles. Requiere de experiencia para comprender el significado de las palabras de la víctima.
3. El mensaje enviado no es necesariamente el recibido. Sólo porque una persona ha dicho algo, esto no significa que la otra haya entendido lo dicho.

Partiendo de estos principios, los autores proponen las siguientes medidas y técnicas de comunicación para el terapeuta:

- Presentarse y preguntar a la usuaria en crisis cómo le gustaría que le llamara. Si la persona se niega a responder, lo mejor es renunciar a esa postura y llamarle “usted”. La usuaria en crisis tal vez esté muy atemorizada o perturbada psicológicamente y quizá quiera ocultar su identidad por un tiempo más.

- Al iniciar el proceso, es importante hacer que la usuaria acepte algo, es decir, que responda “sí” induciéndola a contestar respuestas poco importantes en afirmativo. El terapeuta debe observar la frecuencia con la que puede hacerle responder “sí” o “de acuerdo”, con el uso de calibradores verbales, por ejemplo: “¿podría pensarlo un momento?” o “¿está de acuerdo con esto?” Cuando la usuaria empiece a responder a peticiones en apariencia insignificantes, el terapeuta puede estar seguro de que logrará algo. El lenguaje positivo tiene más influencia que el negativo.
- Enfocarse en la conducta, esta estrategia ayudará al terapeuta a evitar algo que pueda enfurecer a la usuaria en crisis: se habla de “leer la mente”. Esta conducta sugiere a la otra persona que se sabe lo que está pensando o sintiendo. Por ejemplo, si el terapeuta dice: “tiene miedo, ¿verdad?”, dará la impresión de que sabe lo que experimenta la otra persona. En vez de esto, el terapeuta debería decir: “lo que acaba de contestar me hace pensar que tiene miedo. ¿Es cierto?”. De ésta manera ofrece a la usuaria el “espacio” psicológico para explicar o negar una emoción.
- El terapeuta no debe tratar de adoptar una intimidad o actitud amistosa si no conoce a la usuaria; lo mejor es evitar declaraciones como: “eres una buena mujer”. Un terapeuta puede tener buenas intenciones y tratar de tranquilizar a una usuaria en crisis con una frase semejante, pero la otra persona podría pensar: “¿cómo sabe que soy buena? No me conoce”.
- Al describir o explicar algo (un acontecimiento, acto o afirmación), es importante conservar una presentación simple y evitar palabras como “siempre”, “nunca”, “cualquier” o “todo”, lo cual puede evitar la empatía con la usuaria víctima de violencia.

De acuerdo con Sullivan y Everstine (2006), la comunicación eficaz en situaciones de urgencia o crisis a menudo requiere tiempo y paciencia. Estos requisitos pueden ser difíciles de lograr, en particular debido a que muchas personas que trabajan con situaciones de crisis suelen estar dirigidas hacia la acción. Sin embargo, cuanto menor sea el ritmo de la comunicación en situaciones de crisis por violencia de género, más tiempo durará y más exitosa será. Se dice que al aguardar y escuchar con paciencia, el terapeuta tiene más tiempo para encuadrar con precisión las respuestas.

CRISIS PSICOLÓGICA

Uno de los primeros autores en definir el término “crisis psicológica” fue Caplan (1964), quién la define como un estado de desbalance psicológico en el que los individuos no pueden evitar ni afrontar eventos súbitos o serios.

Slaikeu (1988), por su parte, define crisis psicológica como 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. Este autor refiere que todos los seres humanos pueden estar expuestos a experimentar una crisis a lo largo de su vida.

Por otro lado, Rosen (1997) afirma que una crisis psicológica es una respuesta breve, ante una situación de estrés severo, que no implica enfermedad. De acuerdo con el autor, cuando se detectan respuestas no adaptativas ante una crisis de este tipo, es necesario implementar una intervención en crisis.

TRAUMA PSICOLÓGICO

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000), DSM-IV TR por sus siglas en inglés, el trauma se define específicamente como “la experiencia personal directa de un evento que involucra muerte real o amenazada o heridas serías u otro peligro para la integridad física de la persona. La respuesta del sujeto al evento puede involucrar miedo intenso, desesperanza u horror” (American Psychiatric Association, 2000).

El trauma psicológico es la experiencia única e individual de un evento o condiciones prevalecientes en donde la habilidad individual para integrar la experiencia emocional se ve sobrepasada, y/o el individuo experimenta una amenaza a la vida, su integridad física o salud.

Actualmente, se ha pasado a reconocer de manera implícita que las personas están expuestas normalmente a eventos traumáticos como parte de su experiencia humana. Se incluye también el criterio de que tiene que presentarse una respuesta emocional intensa, como horror, terror, o pánico, hacia ese evento traumático, esto ha permitido que la clave del trauma radique en la respuesta traumática.

Por lo tanto el trauma, es la reacción del individuo, lo que configura al evento y le da el carácter de traumático, esto implica que se debe tomar en cuenta la experiencia subjetiva que lleva a la manera en que se responde al evento, en donde el trauma no responde en realidad a la gravedad del evento, ya que el mismo evento puede traumatizar a una persona y a otra no. Y aunque pertenezca al ámbito de la experiencia humana normal, no todos responden con la misma intensidad, e individualmente se pueden considerar algunos factores que predisponen a la persona para que viva como trauma algún evento doloroso. Entre esos factores se enumeran los siguientes:

- La vulnerabilidad genético-constitucional de la persona
- La experiencias negativas o traumáticas en la infancia
- Ciertas características de personalidad (hipersensibilidad, dependencia, paranoia, etc.)
- Estrés reciente o cambios existenciales
- Un sistema social de apoyo insuficiente
- Percibir la clave del control fuera y no dentro de uno mismo

CAPITULO III. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y MANEJO DE INCIDENTES CRÍTICOS RELACIONADOS CON VIOLENCIA DE GÉNERO

Tomando en cuenta que es muy frecuente que los servicios brindados a mujeres en situación de violencia se den en una situación de crisis y alrededor de un incidente crítico, a continuación se revisarán los aspectos más importantes de la intervención en crisis.

Tal como se planteó en el primer capítulo, los incidentes críticos que viven las mujeres que sufren violencia, suelen ser cíclicos y repetitivos, por lo que hay que tomar en cuenta que es muy probable que vuelva a ocurrir un ataque o abuso y que puede ir en escala ascendente de intensidad y riesgo. Las mujeres también pueden solicitar servicios de atención y apoyo, por otras situaciones críticas como el descubrimiento de una infidelidad, el presenciar maltrato hacia sus hijos por parte del agresor, violación o incesto, entre otros. Sin embargo no hay que perder de vista, como plantea Díaz (2011), que cualquiera que sea el evento crítico desencadenante del estado de emergencia, subyace un problema no resuelto, existiendo una situación de violencia reiterada, por lo que el riesgo de un nuevo ataque y su naturaleza, serán los indicadores que determinen los objetivos y estrategias de intervención.

Los momentos de crisis en situaciones de violencia dentro de la familia, permiten y ofrecen la oportunidad para que la mujer reflexione y busque ayuda para salir, no sólo del evento crítico, sino también del abuso, la violencia y el control que se ejerce sobre ella. Y le da la oportunidad de tomar decisiones que la lleven a ella y a su familia a un cambio positivo en su vida (Díaz, 2011). Por lo que la labor de los servidores que atienden y apoyan a las mujeres en estas situaciones es de suma importancia para promover la reflexión, el autoconocimiento y el cambio.

Los especialistas en salud mental que atienden a mujeres que han sufrido un incidente crítico de violencia, deben tomar en cuenta los siguientes aspectos de una crisis de acuerdo a Díaz y Flores (2009):

- **Evento Peligroso:** Un acontecimiento estresante, como la violencia física, sexual, psicológica, económica y/o patrimonial que inicia una serie de reacciones en cadena. Los eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.
- **Estado vulnerable:** Tipo de reacción subjetiva ante el evento peligroso, la mujer responde según sea su percepción del evento.
- **Factor precipitante:** Eslabón entre los eventos causantes de la tensión y el estado vulnerable, convirtiéndolo en un estado peligroso lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente.
- **Estado de crisis activo:** La mujer se encuentra en estado de desorganización, la tensión excitante la ha invadido, su proceso homeostático se desequilibra; la duración será de 1 a 4 horas; puede experimentar “visión en túnel”; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognoscitivas, acompañado por preocupaciones o ideas distorsionadas por los eventos. Posteriormente, se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

- **Agotamiento:** La mujer puede haber manejado efectivamente y durante tiempo prolongado la situación de emergencia, pero llega a un punto de agotamiento en el cual no tiene más fuerza para afrontar la situación y sus mecanismos adaptativos “casi se desintegran”.
- **Choque:** Un cambio repentino en el entorno de la usuaria provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. Como no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto, cae en estado de choque emocional.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

De acuerdo con Leonhart y Vogt (2006), la intervención en crisis es un acceso activo pero temporal y de apoyo a la situación de vida de un individuo o grupo durante un periodo de estrés extremo.

Sus objetivos primordiales son:

1. Mitigar el impacto de un incidente crítico.
2. Facilitar los procesos normales de recuperación en personas que están experimentando una crisis emocional.
3. Restaurar en la persona los niveles aceptables de funcionalidad adaptativa.
4. Reducir la mortalidad.
5. Proporcionar enlace con fuentes de asistencia.

La intervención en crisis es útil principalmente en las fases más agudas de un estado de estrés emocional y debe ser aplicada directamente y sin demora en el lugar de trabajo o la escena del incidente crítico, concluyendo con pasos claros y factibles. Según Leonhardt y Vogt (2006), la intervención en crisis puede ser considerada como un antídoto a los disturbios psicológicos agudos causados por la crisis. Estos antídotos son:

- **Estructura** como un antídoto al caos.
- **Cognición** como un antídoto a la emoción excesiva.
- **Catarsis** para liberar la tensión psicológica.
- **Compresión** como un antídoto a la pérdida de control.
- **Acción** como un antídoto a la desesperanza.

ACTITUDES QUE DEBE TOMAR EL TERAPEUTA DURANTE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Profesional, paciente, claro, ecuánime, dejar que la mujer establezca el ritmo, no apresurarla, ni presionarla, dar sentido de esperanza, combinación de calidez y firmeza.

Este modelo de intervención en crisis propuesto por Karl Slaikeu, consiste en un enfoque específico de solución orientada a la crisis a través del establecimiento y utilización de una relación terapéutica, que facilite la revisión activa y comprensiva en conjunto con el individuo de los acontecimientos que lo llevaron a la crisis, de las acciones desarrolladas y del aprendizaje de conductas de evitación y enfrentamiento adecuadas ante nuevos problemas. El objetivo principal de esta intervención es ayudar a la persona a recobrar el nivel de funcionamiento presente en el momento anterior al suceso de crisis (Slaikeu, 1988). En este modelo, se plantean dos niveles de intervención:

- **1er Orden. Primeros auxilios psicológicos:** Se da de minutos a horas después del incidente crítico. Busca restablecer el equilibrio, dar apoyo y contención, reduciendo situaciones de riesgo y de mortalidad, el objetivo de los Primeros auxilios psicológicos es ayudar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema, activando redes de apoyo y vinculando a los recursos de ayuda. Establecer primeros auxilios psicológicos se fundamenta en la premisa que es mejor para las personas no estar solas en tanto se encuentran en desequilibrio emocional, permitir a la gente expresar temor e ira, también reforzar las fortalezas de la mujer, porque en ese momento sólo es consciente de sus debilidades, reducir al mínimo las posibilidades destructivas, como es el caso de que la mujer sea lastimada por el agresor, en ésta situación se recomienda ser directivo con el fin de tomar medidas concretas, por ejemplo: solicitar la intervención de la policía, darle algunas directrices de emergencia: que se salga de la casa si le es posible, que pida ayuda a familiares, vecinos y amigos. En los casos de riesgo suicida, puede implicar también que se deshaga de armas o iniciar la hospitalización de urgencia. Otra acción es proporcionar enlace con otras fuentes de asistencia disponibles, el orientador fija las necesidades fundamentales y realiza una referencia adecuada a algún otro servicio: terapia individual, refugios, apoyo legal, etc. Éste enlace le permitirá a la mujer en crisis dar pasos concretos para su solución.
- **2o Orden. Intervención en crisis de segundo orden:** Ocurren días, semanas o meses siguientes al momento de crisis e involucra un periodo de psicoterapia corto, enfocado a facilitar la resolución psicológica de la crisis y se da por semanas o meses tras el incidente crítico. Es importante que se brinde por personal especializado y busca resolver la crisis, reelaborar pautas de solución, asimilar el incidente en la trama de vida y establecer la apertura o disposición para afrontar el futuro.

El Contacto Psicológico, tiene por objetivo que la mujer se sienta escuchada, entendida y apoyada, disminuyendo la intensidad de la ansiedad o angustia para promover la catarsis y desahogo. Se realiza el primer contacto con empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con los demás. Así mismo, se invita a la mujer a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y

actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Crow (1977), identifica los sentimientos usuales de las crisis como ansiedad, ira o depresión. Describe la tarea del orientador como, no sólo reconocer los sentimientos, sino también responder de manera tranquila, empática y controlada, resistir la tendencia de quedar atrapado, ponerse ansioso, enojado o deprimido, ante la intensidad de los sentimientos de la mujer.

Ambas etapas son importantes para determinar la resolución final de la crisis.

Lo que diferencia a uno del otro, es el espacio temporal tras el incidente crítico, los primeros auxilios se dan en las primeras horas y la intervención en crisis en días, semanas o meses después de él (Ver tabla 4).

	INTERVENCIÓN DE 1 ^{ER} ORDEN: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	INTERVENCIÓN DE 2 ^O ORDEN: INTERVENCIÓN EN CRISIS
Tiempo tras el incidente crítico	• Minutos u horas.	• Semanas a meses.
La brinda	• Asistentes vía telefónica o presencial, familiares, policía, médico, enfermeras, etcétera. Todos los profesionales de atención a víctimas están obligados a desarrollar esta intervención.	• Psicoterapeutas o asesores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores, etc.).
Lugar	• Casa, escuela, calle, trabajo, líneas de emergencia.	• Clínicas, instituciones de apoyo, consultorios privados.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Restablecer el equilibrio. • Dar apoyo y contención. • Reducir situaciones de riesgo y la mortalidad. • Activar redes de apoyo. • Vincular a los recursos de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver la crisis. • Reelaborar pautas de solución. • Asimilar el incidente en la trama de vida. • Establecer la apertura o disposición para afrontar el futuro.

INTERVENCIÓN EN CRISIS A VÍCTIMAS DENTRO DEL ESPECTRO TERAPÉUTICO.

Abordar terapéuticamente a mujeres que fueron víctimas de violencia en cualquiera de sus modalidades y tipos, requiere de un conocimiento pleno del tema, profesionalismo y experiencia, en el siguiente apartado se otorga un conjunto de acciones que son necesarios para la intervención adecuada.

A. ANALIZAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

OBJETIVO: VALORACIÓN DEL SUCESO, CLARIFICANDO Y CONCRETANDO LA SITUACIÓN.

Se realiza la indagación en 3 áreas:

- **Presente:** ¿Cómo se siente?, ¿Qué piensa? Las preguntas que el orientador se debe contestar son: ¿Cómo se siente la persona ahora? ¿Cual es el impacto de la crisis en la vida familiar? ¿Qué impacto tiene en su salud? ¿Y en su red social? ¿Cómo se ha afectado su rutina diaria? ¿Qué pensamientos surgen en esta mujer? La atención se pone tanto en las fortalezas de la mujer como en sus debilidades ¿Con qué factores de protección cuenta?, red familiar, ayuda especializada, etc. (Díaz y Flores, 2009).
- **Pasado inmediato:** Remite a los acontecimientos que condujeron al

estado de crisis, al incidente específico desencadenante; heridas corporales, abandono del cónyuge, violencia hacia los hijos e hijas. Para la mayoría de las personas la crisis tiene un incidente que lo precipita, se debe averiguar ¿cuál fue? (Díaz y Flores, 2009). Su indagación implica preguntas cómo; ¿Qué sucedió?, ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, es sumamente importante cuestionar a la persona si desea hablar sobre el suceso, si está preparada y reiterar que es importante hablarlo para poder avanzar hacia una mejora emocional, respetar si la mujer no desea o no puede expresar y suavizar el ambiente, evitar que se sienta forzada.

- **Futuro inmediato:** ¿Cuáles son los eventuales riesgos para la persona?, prepararse para soluciones inmediatas. Se trabaja con un orden jerárquico de necesidades, dentro de dos categorías: a) Conflictos que necesitan solución de manera inmediata (donde pasar la noche, cómo ponerse a salvo ella y sus hijos). b) Conflictos que puedan dejarse para otro momento.

En la ansiedad y confusión las mujeres quieren resolver todos los problemas y los ven como una masa indiferenciada ante la cual se sienten abrumadas. Un papel importante del orientador es ayudar a jerarquizar para enfocarse sólo en problemas que requieran solución inmediata. Muchas veces hay poco tiempo para indagar todos los aspectos, aunque el orientador puede no preguntar acerca de cada categoría, las debe tener en mente mientras escucha a la mujer, para realizar una evaluación de la situación de crisis (Díaz y Flores, 2009).

B. SONDEAR POSIBLES SOLUCIONES

OBJETIVO: GENERAR IDEAS O PAUTAS DE SOLUCIÓN, IDENTIFICANDO POSIBLES SOLUCIONES PARA LAS NECESIDADES INMEDIATAS, GENERANDO ALTERNATIVAS QUE ACTIVEN LAS REDES DE APOYO NECESARIAS, A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN.

El orientador adopta un enfoque de paso a paso al preguntar primero acerca de lo que ya ha intentado, para en un segundo momento llevar o “acompañar” a la persona en crisis a generar alternativas de otras posibilidades. Se analizan los pros y contras de cada solución, después son jerarquizados de acuerdo a las necesidades inmediatas, partiendo de un enfoque de las fortalezas de la persona, antes que en sus debilidades, a través de la reflexión de preguntas acerca de cómo ha tratado problemas semejantes con anterioridad y alentar a la mujer a generar ideas acerca de cuál es el siguiente paso. Sólo después de analizar sus sugerencias, el orientador puede aventurarse en proporcionar otras opciones no intentadas o desechadas con anterioridad y replantearlas. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular, por ejemplo, en la confrontación de la mujer hacia su pareja en un caso de maltrato, el orientador no puede dejar este asunto al azar, se deben pensar las posibles consecuencias y ayudar a la mujer a considerarlas (Díaz y Flores, 2009).

C. INICIAR PASOS CONCRETOS

OBJETIVO: ORIENTAR A LA PERSONA A EJECUTAR ACCIONES CONCRETAS DE SOLUCIÓN A TRAVÉS DE LA UBICACIÓN DE REDES DE APOYO.

De acuerdo a Díaz y Flores (2009), ésta etapa implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación el paso de acción puede ir desde hacer una cita para verse al día siguiente, hasta iniciar una hospitalización o hacer las gestiones para ingresar a un refugio. El orientador tomará una actitud facilitadora o directiva según las circunstancias, en la

ayuda a la paciente para tratar con la crisis. Si la situación tiene un alto grado de riesgo para la persona o para alguien más o si la persona no es capaz de cuidar de sí misma, entonces la actitud del orientador es directiva. Cuando no existe peligro para sí mismo, ni para los demás o cuando la persona aunque está perturbada emocionalmente, puede encontrar formas de controlar la situación (permanecer el fin de semana en casa de una amiga, telefonar a un familiar, etc.) entonces el papel del orientador es más de facilitador.

La actitud facilitadora implica que la mujer y el orientador hablen de su situación, pero ella tome la principal responsabilidad para cualquier acción, es decir, la persona debe conservar autonomía y poder de decisión bajo una actitud directiva, paciente, orientadora y sumar el recurso social para tomar una acción dominante, por ejemplo la hospitalización en caso de que la paciente esté en riesgo de cometer suicidio, o sacar de casa a un niño maltratado, tal acción ocurrirá solo cuando las demás posibilidades han fallado y cuando el alto riesgo indica que no puede dejarse la situación como está. Por otra parte, los aspectos a tomar en consideración en una actitud directiva son los éticos y legales, cualquier acción del orientador debe hacerse dentro de las leyes existentes, pues antes de tomar cualquier acción directiva el orientador debe pensar ¿quién la ejecutará? ¿Con qué fin? ¿Por cuánto tiempo? ¿Con qué riesgos?, tomando como marco de referencia la salvaguarda de los derechos humanos de las personas. Al concluir la intervención es necesario acordar el siguiente contacto, ya sea telefónico o personal.

SE RECOMIENDA	EVITAR
<ul style="list-style-type: none"> • Dar un paso a la vez. • Confrontar cuando sea necesario. • Ser directivo y tomar decisiones si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar resolver todo ahora. • Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo. • Ser tímido o prometer cosas.

D. CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVOS: CONCLUIR LA INTERVENCIÓN REAFIRMANDO LOS PASOS A REALIZARSE DE FORMA INMEDIATA Y ACORDAR EL SIGUIENTE CONTACTO.

En la etapa de cierre se busca concluir la intervención realizada, verificando que la usuaria se encuentre en estado de mayor equilibrio emocional que al iniciar la sesión. Se repasa con ella el plan generado en la intervención y se reafirman los pasos a realizar de forma inmediata. Finalmente se acuerda con la usuaria el momento y modalidad del siguiente contacto.

SE RECOMIENDA	EVITAR
<ul style="list-style-type: none"> • Enfocarse a las soluciones. • Acordar pasos concretos. • Reforzar pautas de solución • Clarificar posibles dudas. • Establecer naturaleza del siguiente contacto. • Ser amable y firme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regresar al problema. • Que la persona pase los límites personales. • Abrir un nuevo tema o problema.

E. SEGUIMIENTO

OBJETIVOS: VALORAR LA SITUACIÓN DE LA PERSONA PARA DETERMINAR SI SE LOGRAN LAS METAS DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA.

El último componente implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de la situación. El seguimiento puede suceder mediante una llamada telefónica posterior. En cada caso, existe una verificación de si la solución inmediata fue

apropiada o no, en caso negativo se regresa a analizar las dimensiones del problema y se reexamina la situación en su estado actual. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

SE RECOMIENDA	EVITAR
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer un convenio para recontactar. • Evaluar los pasos de acción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar detalles al aire o asumir que la usuaria continuará el plan de acción sola.

PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN: CASIC

El Perfil CASIC, es una primera valoración que busca conocer el estado del paciente mediante el examen de cinco funciones psicológicas básicas, en las áreas: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva, que ayude a detectar la gravedad y dimensión del problema (Slaikeu, 1988):

- **Aspecto Conductual:** Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.
- **Aspecto Afectivo:** Sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.
- **Aspecto Somático:** Funcionamiento físico general, salud, tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la audición, tacto, etc.
- **Aspecto Interpersonal:** Relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos, estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido) y modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc.).
- **Aspecto Cognoscitivo:** Sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide y actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

Estos cinco elementos están interrelacionados y los cambios en uno de ellos pueden producir modificaciones en los otros. De una forma práctica, no es necesario ser exhaustivo e inquisitorio en cada uno de los ítems, sino ir haciendo un repaso según la narración y los comentarios de la usuaria y ahondar en aquellos puntos que puedan generar duda, que no queden claros o susciten una cierta alarma.

El perfil CASIC puede servir para organizar la información y realizar el análisis funcional, a continuación se incluye el cuestionario de valoración (ver tabla 5).

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL PERFIL CASIC

Conductual:

1. ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas debido al incidente de crisis?
2. ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?
3. ¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?
4. ¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado y cuál fue el relativo éxito/fracaso de cada uno?

Afectiva:

1. ¿Cómo se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis? ¿Triste?
2. ¿Deprimido? ¿Aturdido?
3. ¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?
4. ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de elaboración de las crisis?

Somática:

1. ¿Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
2. Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cual es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?
3. ¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis?
4. ¿Requiere medicación alguna?

Interpersonal:

1. ¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?
2. ¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?
3. Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos
4. ¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

Cognitiva:

1. Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis
2. Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales
3. El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida
4. Presencia de los "debería", tales como "yo debería haber sido capaz de manejar esto"
5. Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables
6. Los patrones usuales para hablarse a sí mismo
7. El estado del dormir
8. Imágenes de una fatalidad inminente
9. Fantasías destructivas

Tabla 5. Cuestionario de evaluación de perfil CASIC CS Iaikea, 1998

MANEJO DE ESTRÉS EN INCIDENTES CRÍTICOS (MEIC)

Uno de los principales enfoques para el tratamiento de incidentes críticos y estresores es el denominado Manejo de Estrés en Incidentes Críticos (MEIC), creado por la International Critical Incident Stress Foundation (ICISF). De acuerdo con Ream (2006), los elementos centrales de dicho enfoque son:

1. **Apoyo en el sitio del incidente crítico:** Usualmente provisto por profesionales durante el evento.
2. **Desmovilización o de-escalación:** Intervención breve para asistir a las usuarias en llevar a cabo la transición del evento traumático hacia la rutina diaria.
3. **"Defusing":** Una intervención en crisis grupal de tres fases, provista inmediatamente o dentro de las doce horas posterior al evento para mitigar los efectos de los estresores y promover la recuperación. Usu-

almente dura entre 20 y 45 minutos.

4. **“Debriefing”**: Un proceso de intervención en crisis con siete fases para ayudar a las usuarias a trabajar con sus pensamientos, reacciones y síntomas, usualmente dura entre una hora y media a dos horas.
5. **Apoyo uno a uno**: Intervención individual en caso que no sea posible una intervención grupal o como asistencia necesaria después de un proceso grupal.
6. **“Defusing o debriefing” para la familia o seres queridos**: Los servicios pueden darse separados de las víctimas.
7. **Referencias**: El terapeuta recomienda utilizar otros tipos de apoyo o tratamiento.
8. **Seguimiento**: Se realiza unos días después de la última intervención.

MODELO SAFER-R: INTERVENCIÓN EN CRISIS INDIVIDUAL

La mayoría de las intervenciones en crisis ocurren de manera individual, con comunicación cara a cara y también ocurre vía telefónica. La forma más común de intervención en crisis individual es la conocida como modelo SAFER-R por sus siglas en inglés (Everly y Lating, 1995) y consiste en los siguientes pasos:

Estabilizar	Asegurar la situación y detener la influencia de las sensaciones inmediatas (olfato, vista, gusto, tacto y oído).
Reconocer	Identificar la crisis averiguando los hechos, las reacciones ante el evento y la posibilidad de hablar acerca de la situación y las reacciones.
Facilitar	En este paso es muy importante la normalización, es decir, las respuestas que se experimentan como inusuales son normales en una situación poco común. Facilitar la comprensión de que estas reacciones son normales en la situación anormal es una manera de lograr la normalización.
Alentar	Apoyar las funciones adaptativas de afrontamiento.
Recuperación	Es evidente que la persona en crisis se encuentra en camino hacia recuperarse y restaurar sus funciones y habilidades normales.
Referencia	Si es necesario, referir a otro tipo de ayuda profesional.

El modelo SAFER-R debe ser aplicado por los compañeros inmediatamente después del incidente crítico.

TRIAGE PSICOLÓGICO

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (2002), el triage psicológico puede definirse como “el proceso de evaluación y ordenamiento de víctimas de acuerdo al carácter de inmediatez del tratamiento que necesiten y dirigirlos hacia un tratamiento inmediato posterior”. El objetivo de triage es hacer el máximo bien para la mayor cantidad de víctimas.

Roberts (2005), propone un modelo de triage para el trabajo de intervención en crisis, el cual asigna un número del I a IV en orden de prioridad e urgencia de intervención, basado en la información clínica de los usuarios. Cada número en la escala corresponde a un límite temporal que se considera seguro para una respuesta de crisis (Ver tabla 6).

TRIAGE PSICOLÓGICO	
I.	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazas serias contra la vida de la víctima de violencia de género, sus hijos o familiares. • Víctimas de una violación. • Peticiones de asistencia inmediata por parte de la policía o servicios de emergencia. • Intentos de suicidio en proceso. • Individuos suicidas u homicidas, con medios disponibles. • Individuos experimentando alucinaciones de comando de naturaleza violenta.
II.	<ul style="list-style-type: none"> • Víctimas de violencia de género en alto riesgo. • Planeación suicida. • Individuos capaces de buscar protección o que tienen protección confiable en el momento. • Individuos experimentando alucinaciones o delirios. • Individuos incapaces de satisfacer necesidades humanas básicas.
III.	<ul style="list-style-type: none"> • Usuaris con ideación suicida, sin plan suicida factible. • Depresión mayor. • Usuaris que sufren trastornos del estado de ánimo.
IV.	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos en que las víctimas de violencia de género no tienen trastornos emocionales o psiquiátricos en el momento de la crisis. • Casos en donde no existen ideas de daño hacia sí mismo o hacia los demás, no existen síntomas psiquiátricos, ni otras crisis situacionales.

Tabla 6. Robets (2005).

OTROS EJERCICIOS

Recomendaciones a los usuarios y sus familiares despues de un incidente crítico

INDICACIONES PARA LOS USUARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las primeras 24 a 48 horas realizar periodos de ejercicio físico apropiado, alternados con relajación que aliviarán algunas de las reacciones físicas. • Estructure su tiempo, manténgase ocupado. • Usted es normal y está teniendo reacciones normales; no se etiquete como loco. • Hable con la gente. • Tenga cuidado de tratar de evitar su dolor a través del abuso de la droga o alcohol, no necesita complicar esto con un problema de abuso de sustancias. • Trate de no pelearse con sus pensamientos, son normales y disminuirán con el paso del tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenga una agenda tan normal como le sea posible. • Ocupe su tiempo con otras personas. • Dese permiso de sentirse mal y compartir sus sentimientos con otros. • Haga cosas que le hagan sentir bien. • Dese cuenta que la gente a su alrededor también está estresada. • No haga ningún cambio importante en su vida. • Tome tantas decisiones diarias como le sea posible, de manera que tenga una sensación de control sobre su vida. • Descanse. • Coma de manera balanceada.
RECOMENDACIONES PARA LOS FAMILIARES Y AMIGOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Escuche atentamente. • Pase tiempo con la(s) persona(s) traumatizada(s). • Ofrezca su asistencia y escuche si la persona no ha pedido ayuda. • Asegúrese de que se encuentre a salvo y dígaselo constantemente. • Ayúdele con sus labores cotidianas tales como limpiar, cocinar, cuidar de la familia, etc. • De privacidad. • No se tome su enojo y otras emociones de manera personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No le diga que “tuvo suerte de que las cosas no fueran peor”: una persona traumatizada no se consuela con estas frases, más bien dígame que siente mucho que haya ocurrido este evento y que quiere atenderle o asistirle. • Acepte sus estados emocionales sin cuestionarlos. • No le pida que cambie su actitud o sentimientos de manera inmediata. De tiempo. • Tenga la confianza de que el estado de crisis también pasará. • De su apoyo y contención.

A continuación se describen algunas técnicas de terapia para superar crisis y estrés en incidentes críticos.

AFECTO INDUCIDO

Esta técnica se encamina a la liberación de las emociones, y se utiliza con pacientes que han sido víctimas en un incidente traumático, como un ataque o una violación. Después de ser instruido en primera instancia para relajarse, se inquiriere al paciente acerca del incidente traumático y se le pide que describa cada detalle referente al mismo. El terapeuta alienta la libre expresión de emociones y apoya al paciente en la clarificación de los sentimientos relacionados con el incidente. Este procedimiento ayuda al paciente a ponerse en contacto con las distintas emociones presentes en el momento del incidente, con la inclusión de aquellas que han sido olvidadas o bloqueadas y a aceptar y translaborar los sentimientos (Kilpatrick y Veronen, 1983).

DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Como indica su nombre, esta técnica se encamina a la terminación de cogniciones no deseadas, como los pensamientos autoderrotistas, o pensamientos que evocan temor. En ella se pide al paciente que piense acerca de la cognición no deseada. Cuando el paciente indica que está profundamente adentrado en la cognición, el terapeuta grita “alto”. Con frecuencia, esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir el pensamiento no deseado. Con la utilización de esta experiencia como modelo, se dan entonces instrucciones al paciente para practicar la detención de pensamientos en la terapia y después para que la practique por si mismo (Mahoney, 1974).

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Las técnicas para la solución de problemas han sido elaboradas dentro de un enfoque de conformación de habilidades en la psicoterapia. Más que concentrarse de manera exclusiva en el problema que se le presenta, el terapeuta enseña un conjunto de habilidades de entrenamiento más generales, que capacitan al paciente para manejar problemas de modo más efectivo. Esta técnica contiene cinco componentes básicos: 1) Durante la orientación general, se analizan las actitudes hacia los problemas y se ayuda al paciente a reconocer que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida, que existen muchas maneras de enfrentarse a los problemas, y que es importante abstenerse de responder impulsivamente cuando se afronta alguno. 2) Definir el problema en términos concretos y precisos, 3) Una vez teniendo claridad del problema se generan alternativas de solución, mediante lluvia de ideas, 4) Se evalúan las soluciones desde aspectos positivos (ganancias) contra los negativos (pérdidas), 5) Se alienta al paciente para que actúe bajo su propia decisión y así evaluar el punta hasta el cual se resolvió la situación problemática.



CAPITULO IV. RECURSOS SOCIALES QUE SE REQUIEREN PARA ENFRENTAR UN INCIDENTE CRÍTICO DE VIOLENCIA

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

De acuerdo con Monjas y González (1998), la habilidad social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia no deseada (eficacia en los objetivos), mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación), y mantiene la integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo).

Así mismo, se puede plantear el siguiente cuestionamiento ¿por qué un individuo actúa de manera socialmente inadecuada o poco competente? (lo que en definitiva le provoca dificultades en su funcionamiento psicosocial, acarreándole diversos problemas que llevan a una menor calidad de vida). Se encuentran varias situaciones que responden a este planteamiento:

- No tiene las respuestas adecuadas en su repertorio.
- Siente ansiedad condicionada que le impide responder.
- Contempla la situación con una auto evaluación previa negativa.
- Falta de motivación.
- No sabe discriminar la situación en la que se encuentra.
- Realiza una percepción y un procesamiento inadecuado.
- No ésta seguro de sus necesidades y sus derechos.
- Se presentan obstáculos ambientales restrictivos y estresantes.

A continuación se presentan de manera esquemática las técnicas básicas del entrenamiento en habilidades sociales:

1. **Ensayo conductual:** El ensayo de conducta es el entrenamiento con él ó la paciente de una determinada acción para resolver una situación concreta.
2. **Modelado:** Es la exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento, lo que permitirá el aprendizaje al observar ese modo de actuación.
3. **Instrucciones (aleccionamiento):** Las instrucciones son la información y las indicaciones que se le dan al paciente. Primero: es la información general y específica del programa de entrenamiento en habilidades sociales, de las técnicas que se emplean y que se le dan al paciente. Segundo: es la información particular sobre lo que constituye una respuesta apropiada, sobre las necesidades del individuo.
4. **Retroalimentación y refuerzo:** Son dos elementos fundamentales del entrenamiento en habilidades sociales implica:

- a) Refuerzo: Es la "recompensa" a la conducta realizada por el paciente, señala una actuación como competente para que sea incorporada a la actuación socialmente habilidosa. La recompensa social es el refuerzo más utilizado y es efectivo para la mayoría de la gente, se administra por medio de la alabanza y de dar ánimos.
- b) Retroalimentación: es la información específica que se proporciona

al sujeto para el desarrollo y mejora de una habilidad puesta en práctica. Puede ser dada por el terapeuta o por otros miembros del grupo, siempre se ha de hacer de forma positiva.

5. **Tareas para realizar en casa:** Es importante señalar que el éxito de la práctica clínica depende de las actividades del paciente cuando no está con el terapeuta. Las tareas para casa son una parte esencial del entrenamiento en habilidades sociales ya que constituyen el nexo entre el entrenamiento en la sala de terapia y la generalización a las situaciones concretas de la vida real.
6. **Solución de problemas:** Se les enseña a los participantes en el programa de entrenamiento una técnica para solucionar los problemas que surgen cuando el entorno no responde como esperaban. Se enseña una estrategia sistemática para que puedan superar los problemas imprevistos, cuando surge una dificultad no prevista por el entrenamiento o sobre la cual no se ha adquirido la habilidad suficiente.
7. **Generalización:** La generalización, es el desempeño de habilidades sociales competentes y eficaces bajo condiciones diferentes a las entrenadas, a partir de las habilidades aprendidas bajo las condiciones del entrenamiento. Puede cambiar el lugar, las personas, las situaciones, las conductas, los tiempos.

ESTABLECIMIENTO DE REDES

La Organización de Estados Americanos (OEA) [2006], justifica a través de los siguientes puntos el trabajo en red con víctimas de violencia de género:

1. La violencia de género es un fenómeno multicausal por definición, es por esta razón que no es posible realizar una intervención en forma aislada desde un enfoque disciplinario único. Para su estudio, comprensión y abordaje se hace necesario trabajar desde una concepción multidisciplinaria que permita una visión y perspectiva global de la situación.
2. La violencia de género produce efectos en todos los miembros de una familia y en todos los aspectos de la vida de una persona. Afecta los procesos de socialización, de formación, laborales y de salud entre otros. La vinculación con organizaciones e instituciones que trabajen en estas dimensiones permite realizar una intervención con mayores alcances y posibilidades de éxito.
3. Las personas que consultan por una situación de violencia de género, lo hacen luego de un proceso muy costoso de quebrantamiento del secreto, de enfrentamiento de sus propios miedos y de amenazas externas, y con una carga importante de sentimientos de vergüenza y desconfianza en el porvenir, lo que las ubica en una situación de alta vulnerabilidad. Cuando se hace necesario establecer una canalización hacia otra institución que ofrece servicios que el propio no cubre, es imprescindible lograr un nivel de articulación que asegure la continuidad del proceso que la persona consultante ha iniciado. Muchas veces es costoso volver a confiar en otra persona, volver a relatar lo sucedido, volver a contestar preguntas difíciles y dolorosas, lo que lleva a una victimización secundaria. Conocer al técnico que va a recibir a la usuaria, poder brindarle datos concretos sobre ésta, nombre, horarios, una fecha ya concertada, genera condiciones que facilitarán el acceso a dicho centro de apoyo.

4. Observar que las instituciones que la apoyan mantienen comunicación clara y confiable, hacen sentir a la persona, que no se encuentra sola con su problema, que puede obtener apoyos externos e involucrados en su vida cotidiana, rompiendo así con el aislamiento y la circularidad que la violencia genera.
5. El trabajo en redes sociales posibilita mayores alcances en acciones a niveles macrosociales. La implementación de políticas sociales, tiene un mayor efecto si se desarrollan en forma conjunta y coordinada. Este nivel de abordaje requiere un proceso de trabajo y articulación entre organizaciones e instituciones tanto del ámbito público como del privado, que les permita constituirse como interlocutores válidos con una alta capacidad propositiva y de injerencia en el ámbito político y social. Así, se puede contribuir a avanzar en la problematización de la violencia familiar en la sociedad en general, en su ubicación como asunto prioritario en la agenda gubernamental y en la construcción de ideologías y pautas de conducta alternativas a estas formas de relacionamiento social y familiar.

De esta manera, la OEA (2006), señala que el trabajo en red implica:

- Coordinación con otras instituciones.
- Conocimiento de las mismas, de las personas que trabajan en ellas y de los servicios que ofrecen.
- Intercambio de información acerca del caso a trabajar en conjunto.
- Construcción conjunta de estrategias comunes.
- Derivación para uso de los servicios ofrecidos por cada institución.
- Construcción de marcos conceptuales comunes.

Así como el establecimiento de redes es parte fundamental del trabajo con víctimas de violencia de género, también es igualmente importante que las personas que atienden a dichas usuarias tengan presente la importancia que reviste considerar la carga afectiva que la víctima impone sobre aquél que la atiende, el capítulo siguiente da advertencia sobre el autocuidado que debe de tener el personal que atiende incidentes críticos.



CAPITULO V. CUIDADO PERSONAL Y GRUPAL POST INTERVENCIÓN EN INCIDENTES CRÍTICOS

CONTRATRANSFERENCIA

Aja (2009), menciona que el terapeuta tendrá que evitar involucrarse por la carga afectiva que está manifestando la persona. Será necesario ser prudente y sereno sin que esto se convierta en una actitud fría y seca. Es quizás en los momentos de crisis en donde se puede poner de manifiesto los problemas de la contratransferencia: qué sentimientos genera en el terapeuta la situación de la usuaria y sobre todo, revisar sentimientos más relacionados con su propia vida (la del terapeuta) y no con la situación que se está abordando.

En esta medida, de acuerdo con el autor, se hace indispensable que el terapeuta tenga mucha claridad frente a sus propios sentimientos y valores, lo cual no implica tener que cambiarlos para adoptar una falsa actitud de condescendencia con la usuaria. Hay que imaginarse por un instante, cuál será la calidad de intervención que podrá ofrecer un terapeuta en incidentes críticos a una mujer víctima de violencia de género, si el terapeuta tiene ciertos prejuicios de orden negativo hacia situaciones de género.

Teniendo en cuenta lo anterior, es lógico pensar que las condiciones de una persona en crisis pueden impactar al terapeuta y no por problemas contratransferenciales, sino por lo abrumador de la situación. Esto es lo que se conoce como despersonalización, una de las características que identifican el Síndrome de Burnout particularmente presente en el personal de salud (Cebriá, Segura, Corbella y Comas, 1999).

Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008), mencionan que diversos estudios han abordado las causas y consecuencias del desgaste laboral en psicólogos y otros profesionales de ayuda, particularmente en aquellos que trabajan con víctimas de violencia. Destacan, dentro de ellos, constructos como el síndrome de Burnout, el estrés traumático secundario, la sintomatología ansiosa y depresiva. Estas evidencias de desgaste emocional han permitido que se tome conciencia del riesgo que enfrentan los profesionales de ayuda que trabajan con incidentes críticos en violencia de género.

Además, se ha dado cuenta de la necesidad de cuidado que requieren (Morales, Pérez y Menares 2003), desprendiéndose de esto que para que un profesional pueda ayudar a otros debe ayudarse primero a sí mismo (Radey y Figley, 2007). De lo anterior, se infiere la importancia del autocuidado como una forma de prevención del desgaste laboral, aspecto altamente relevante en los psicoterapeutas ya que, al trabajar con víctimas de violencia de género, tienden a descuidar sus propias necesidades de autocuidado (Figley, 2002).

Existen muchas formas de definir el autocuidado, una de ellas se refiere a la actividad que realiza una persona por sí misma y que contribuye a su salud, se pueden incluir todos los actos que se realizan para mantenerse sanas, tanto como alimentarse bien, ejercitarse, no fumar, no beber alcohol, manejar el estrés, verificar la seguridad en el hogar y trabajo, mantener un peso corporal dentro de un rango sano, manejar sus finanzas, usar buenas prácticas de

comunicación y la práctica del sexo seguro, entre otros. Se define además el autocuidado, como el conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden implementar los sujetos para prevenir déficit, propiciar y fortalecer su bienestar integral, todo lo cual, para evitar caer en un estado de desaliento profesional o Burnout (Barria, Rosemberg y Uribe, 2008).

Para ampliar esta información recomendamos consultar la Guía Metodológica para la Atención del Desgaste Profesional por Empatía (Síndrome Del Burnout) para el que Atienden a Mujeres en Situación de Violencia.

Ciclo de la violencia: Se compone de 3 fases: tensión, agresión y reconciliación.

Crisis: Un cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente.

Crisis psicológica: 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.

Debriefing: Un proceso de intervención en crisis con siete fases para ayudar a las usuarias a trabajar con sus pensamientos reacciones y síntomas, usualmente dura entre una hora y media a dos horas.

Defusing: Una intervención en crisis grupal de tres fases, provista inmediatamente o dentro de las doce horas posteriores al evento para mitigar los efectos de los estresores y promover la recuperación.

Disfunción: Implica un impedimento para funcionar de manera normal.

Distrés: Se refiere al estrés que conlleva consecuencias negativas.

Estrés agudo: Es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano.

Estrés crónico: Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables, que se repite a lo largo del tiempo.

Estrés fisiológico: Es una reacción general del organismo ante una situación que se percibe como amenazante.

Estrés psicológico o transaccional: Una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Eustrés: Estrés saludable, o que le da la persona un sentimiento de satisfacción u otro sentimiento positivo.

Incidente crítico: Cualquier situación experimentada por una persona que causa una reacción excepcional o inusual.

Intervención en crisis: Es un acceso activo pero temporal y de apoyo, a la situación de vida de un individuo o grupo durante un periodo de estrés extremo.

Perfil CASIC: Es una primera valoración que busca conocer el estado del paciente mediante el examen de cinco funciones psicológicas básicas, en las áreas Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva.

Trastorno por estrés postraumático: Es un problema de ansiedad que puede

desarrollarse como consecuencia de eventos extremadamente traumáticos, como guerra, violencia, crímenes, accidentes o algún desastre natural, incluso violencia de género.

Trauma psicológico: La experiencia personal directa de un evento que involucra muerte real o amenazada o heridas serias, u otra amenaza a la integridad física de la persona; o ser testigo de un evento que involucre muerte, daño, o una amenaza a la integridad física de otra persona. La respuesta de la persona al evento debe involucrar miedo intenso, desesperanza u horror.

Triaje psicológico: El proceso de evaluación y ordenamiento de víctimas de acuerdo al carácter de inmediatez del tratamiento que necesiten y dirigirlos hacia un tratamiento inmediato posterior.

Violencia de género: Es aquella que se ejerce de un sexo hacia otro. Por lo general, el concepto nombra a la violencia contra la mujer, donde el sujeto pasivo es la persona del género femenino.

Violencia: Es un comportamiento deliberado y consciente, que puede provocar daños corporales o mentales a la víctima.

- Aja, L. (2009). *Intervención en Crisis*. Pontificia Universidad Javierana. Bogotá.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Autor.
- Barria, V., Rosemberg, N. y Uribe, P. (2008). *Autocuidado y equipos de salud*. Material didáctico del Diplomado en Salud Pública y Familiar. Buenos Aires.
- Bisson, J., y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database System Review*, 3, CD003388.
- CARE, (2009). *Protocolo de respuesta a incidentes críticos*. CARE USA Human Resources. Atlanta.
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós. Buenos Aires.
- Cebriá, J., Segura, S., Corbella, S., Sos, P. y Comas, C. (1999). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27 (7): pp 39-52.
- Contrada, R. y Baum, A. (2011) (eds.). *The Handbook of Stress Science*. Springer. Nueva York.
- Corsi, J. (Ed.) (1994). *Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós. Buenos Aires.
- Crow, G. (1977). "Crisis intervention. A social-interaction approach" en N. Díaz, R. Flores (2009) *Modelo de intervención para atención psicológica de mujeres víctimas de violencia de género en crisis*. Manuscrito inédito. Association Press. Nueva York, 65: pp 58-75.
- Díaz, N. (2011). *Modelo de atención telefónica a mujeres que viven violencia familiar*. Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado el 5 de noviembre de 2011, <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>
- Díaz, N. y Flores, R. (2009). *Modelo de intervención para atención psicológica de mujeres víctimas de violencia de género en crisis*. Manuscrito inédito.
- Dienstbier, R. (1989). Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health. *Psychological Review*, 96: pp 84-100.
- England, B. (2005). *Assisting individuals in crisis*. Ellicott City: International Critical Incident Stress Foundation.
- Everly, G. y Lating, J. (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. Plenum. Nueva York.
- Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge. Nueva York.
- Flannery, R., y Everly, G. (2000). Crisis intervention: a review. *International Journal of emergency mental health*, 2 (2): pp 119-125.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé*, 17 (2): pp 67-78. México.
- Green, D. y Roberts, A. (2008). *Helping victims of violent crime*. Springer. Nueva York.
- Hanson, R., Kilpatrick, D., Falsetti, S., Resnick, H. y Weaver, T. (1996). "Violent crime in psychological adjustment" en Freedy, J. & Hobfall, S. (eds.). *Traumatic Stress: theory and practice*. Plenum. Nueva York.
- Hobfull, S., y Vaux, R. (1993). Gender differences in preference to offer social support to death and dying. *Sociological Abstracts*, 26: pp 243-254. Nueva York.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Delta. Nueva York.

- Kazdin, A. (2000). (ed.). *Encyclopedia of Psychology*. American Psychological Association. Washington.
- Kilpatrick, D.G. y Veronen L.J. (1983). *Treatment for rape-related problems: Crisis intervention in not enough*. New York: Human Sciences Press.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona.
- Leonhardt, J. y Vogt, J. (2006). *Critical incident stress management*. Hampshire. Ashgate.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Mass. Cambridge.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000), DSM-IV TR
- McEwen, B. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiology Review*, 87: pp 873-904. Nueva York.
- Monjas, M. y González, B. (1998). *Las Habilidades sociales en el currículo*. Ministerio de educación, cultura y deporte. España.
- Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 12(1): pp 9-25.
- National Institute of Mental Health (2002). *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. NIH Publication No. 02-5138. Government Printing Office. Washington D.C.
- Organización de Estados Americanos (ed.) (2006). *Manual de conceptos básicos sobre violencia*. OEA. Montevideo.
- Pearlin, L. (1982). The social contexts of stress. En Goldberger, L. y Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press
- Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Radey, M. y Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.
- Ream, J. (2006). *A comprehensive critical incident stress management (CISM)*. American Academy of Experts in Traumatic Stress. American Academy of Experts in Traumatic Stress. Nueva York.
- Real Academia Española (2011). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Versión online, consultada el 6 de noviembre de 2011.
- Roberts, A. (2005). *Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research*. Oxford University Press. Estados Unidos.
- Rosen, A. (1997). Crisis management in the community. *The Medical Journal of Australia*, 167, 633-638.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, pp 1383-1392. Nueva York.
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1 (2): 37-44. Nueva York.
- Slaikue, K. (1988). *Intervención en crisis. El Manual Moderno*. Ciudad de México.
- Sullivan, D. & Everstine, L. (2006). *Strategic interventions for people in crisis, trauma and disaster*. Taylor and Francis Group. Nueva York.
- Walker, L. (1979). *Battered women syndrome*. Harper Press. Nueva York, E.E.U.U.