

formación 2006

**APOYO A FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**FAMILIA Y DISCAPACIDAD. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

Profesor: José Navarro Góngora. Doctor en Psicología. Profesor de la Universidad de Salamanca.



*Familia y Discapacidad –Intervención  
psicosocial*

*Prof. José Navarro Góngora*

*Facultad de Psicología de Salamanca (España)*

*Correo electrónico: [jgongora@usal.es](mailto:jgongora@usal.es)*

*Master: [www3.usal.es/master\\_psipia](http://www3.usal.es/master_psipia)*

# SM y Discapacidad: Perfiles de actuación profesional

1. Rol tradicional: Como experto en salud mental
2. Consultor:
  1. A otros profesionales y otras instituciones
  2. A grupos o asociaciones de auto-ayuda

# 1. Experto en Salud Mental

- Crisis: Intervención en redes
- Atención especializada: Consulta de apoyo psicológico a individuos, parejas y familias
- Cronicidad: Programas de rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad, familias o parejas

## 2. Animación psicosocial

### 1. A otros profesionales y otras instituciones:

- En los problemas psicosociales que se derivan de sus actuaciones profesionales
- Desarrollando programas de atención psicosocial

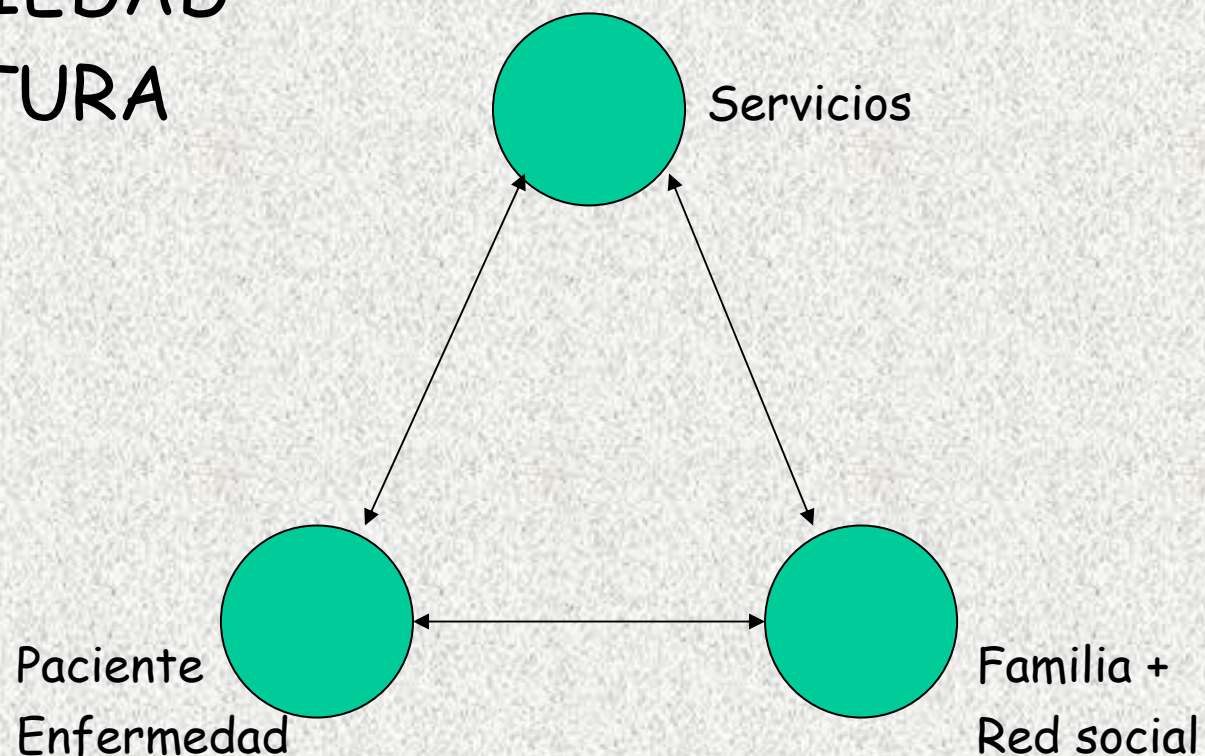
### 2. A Grupos de auto-ayuda:

- Asesoramiento para crear y desarrollar asociaciones
- Creación de programas de atención psicosocial en las asociaciones
- Entrenamiento en las habilidades para la ejecución de los programas
- Asesoramiento para la supervivencia de los programas en las instituciones



# Unidad de evaluación en los problemas de discapacidad

SOCIEDAD  
CULTURA



# 1.1. Cambios Estructurales

- Coaliciones y exclusiones.
- Patrones (reglas) de interacción rígidos.
- Aislamiento social.
- Cambios en roles y funciones.
- El papel de los sistemas de valores.
- **Cuidador familiar:**
  - La asignación del papel.
  - La interferencia con la vida del cuidador.
- **El papel de los padres y de los hermanos.**
  - Padres funcionales y disfuncionales.
  - Hermanos: normatividad, abandono y definición de las relaciones.

## 1.2. Cambios emocionales y cognitivos

- Complejo emocional.
  - Conspiración del silencio.
  - Malas experiencias con el personal sanitario.
  - Duelo por las pérdidas.
  - Búsqueda del sentido de la enfermedad.
  - El tema del control.
  - La indeterminación en la evolución de la enfermedad.
  - El papel de los sistemas de creencias.
- **El tema del control:**
    - Actividades que aumentan el control.
    - La participación en la rehabilitación.
    - La herencia de la fase de crisis: información y secreto



## 1.3. Cambios en los procesos evolutivos normativos

- Interferencia entre los ciclos evolutivos familiares, individuales y de la condición.
- Compatibilización de prioridades y hábitos familiares con el cuidado de la enfermedad.
- Proyección de la respuesta normativa de una fase en otra.
- Momentos centrípetos y momentos centrífugos.
- Poner la condición en su lugar.

## Poner la enfermedad en su lugar (1)

- Salga a cenar.
- Invite a sus amigos.
- Celebre los cumpleaños perdidos y recupere y las vacaciones no disfrutadas.
- Tenga ratos de reflexión (y oración).
- Tenga sus vacaciones en familia.
- Sea su propio doctor.
- Conozca sus derechos como enfermo.
- Informe a los otros sobre su enfermedad.
- De las gracias a su familia, a sus amigos y a los profesionales de la medicina.
- Ofrézcase como voluntario para otro enfermo.
- Publique sus diarios, (Steinglass, 2003).

## Poner la enfermedad en su lugar (2)

- Descarte aquello que le recuerde la enfermedad.
- Niéguese a llevar gorros o ropa con el nombre de la enfermedad.
- Concentre en un sólo lugar lo que tenga que recordar sobre la enfermedad.
- Almacene todo en un aparador o en el fondo de una armario.
- Tire las pastillas al retrete.
- Actúe normalmente.
- No cuente su enfermedad a quien conoce poco.
- Celebre el día a día.
- Huela las flores.
- No dé la vida por garantizada, (Steinglass, 2003).

## 2. Naturaleza del estresor

### La enfermedad como variable condicionante

- Comienzo: agudo, progresivo.
- Curso: Constante, por recaídas, progresivo.
- Resultado: Indeterminado, fatal, no-fatal.
- Grado y tipo de incapacitación.
- Fenómenos específicos ligados a ciertas enfermedades.



# Enfermedad: Fases, tareas y técnicas

| <b>Fases</b>    | <b>Tareas</b>  | <b>Estrategias</b>   |
|-----------------|--|--|
| <b>Crisis</b>   | Convivir. Información.<br>Relación con el sistema médico.<br>Respuesta de emergencia                               | Información. Mediación.<br>Negociación. Normalización.<br>Airear sentimientos.<br>Esperanza.   |
| <b>Crónica</b>  | Nuevos roles familiares.<br>Compatibilizar.<br>Apoyo social.   | Negociación de los roles.<br>Requerimientos abusivos de la enfermedad.<br>Potenciar la red social.<br>Normalizar sentimientos.<br>Airear sentimientos.<br>Esperanza. |
| <b>Terminal</b> | Revisión de la vida.<br>Finalizar asuntos pendientes.<br>Continuidad de la familia.<br>Apoyo al enfermo.<br>Duelo. | Anticipar efectos muerte.<br>Ayudar en la revisión.<br>Contacto físico con el enfermo.<br>Rituales de duelo.<br>Airear sentimientos.<br>Esperanza.                   |



# Apoyo social y enfermedad

## Efectos positivos

- Expresión de sentimientos.
- Sensación de estar de acuerdo con alguien.
- Confirmar creencias y sentimientos.
- Animar la expresión de sentimientos.
- Información.
- Ayuda material.
- Actividades propias de la red.

## Efectos negativos

- Por errores sobre cómo afrontar enfermedades.
- Por falta de información sobre la enfermedad del paciente.
- Las relaciones no son ni igualitarias, ni recíprocas.
- Ambivalencia de sentimientos ante la enfermedad.

# El apoyo social negativo

## AS negativo

- Animar a los afectados a recobrase más rápidamente
- Utilización de clichés sociales vacíos
- AS automático: como dar consejos, explicaciones, o afirmar saber lo que la persona afectada siente

## Razones

- Hacen sentir al afectado aislado y sin poder compartir sentimientos.
- Hacen sentir que sus sentimientos no tienen importancia (si se dan consejos, se implica que los problemas pueden resolverse fácilmente).
- Se les hace pensar que no deberían sentir como sienten

# Modelo de intervención: Posibilidades

## 1. Momento evolutivo familiar:

- Diagnóstico
- Crisis normativas o no
- Etapa crónica

## 2. Ámbitos:

- Médicos y de servicios
- Grupos de auto-ayuda
- Familia y red social

## 3. Enfermedad:

- Diagnóstico
- Crisis (recaídas)
- Cronicidad

# Modelo de intervención

| Momento evolutivo familiar                             | Enfermedad                                     | Ámbitos  |
|--|--|--|
| Diagnóstico<br>Crisis normativas o no<br>Etapa crónica | Diagnóstico<br>Crisis (recaídas)<br>Cronicidad | Médicos y de servicios<br>Grupos de auto-ayuda<br>Familia y red social |



# Tipos de Intervención Psicosocial -1

## Servicios médicos

- Protocolos de información personal y en grupo.
- Intervención en crisis (intervención en redes).
- Apoyo psicosocial a pacientes y familiares.
- Remisión a grupos de auto-ayuda.

## Servicios de salud mental

- Intervención en situaciones agudas.
- Consulta de SM a servicios médicos.
- Remisión a grupos de auto-ayuda.



# Tipos de Intervención Psicosocial -2

## Grupos de auto-ayuda

- Seminarios de información.
- Grupos de bajo perfil profesional (animación).
- Grupos de alto perfil profesional (rehabilitación psicosocial).
- Consulta de apoyo psicológico a pacientes y a sus familias.
- Programas psicosociales.
- Remisión a salud mental en casos agudos.
- Programas de colaboración con hospitales.

## Servicios centrales

- Sensibilización de los profesionales.
- Atención a profesionales: Información, reciclaje, atención psicosocial.
- Creación de dispositivos asistenciales psicosociales.

# Perfil del profesional de SM en la intervención psicosocial -1

## Como experto en SM

- Intervención en situaciones de crisis.
- Consulta de apoyo psicológico.
- Programas de rehabilitación psicosocial de enfermos, familias o parejas.

## Animación psicosocial

- Asesoramiento para crear y desarrollar asociaciones de auto-ayuda.
- Creación de programas de atención psicosocial en las asociaciones.
- Entrenamiento en las habilidades para la ejecución de los programas.

# Perfil del profesional de SM en la intervención psicosocial -2

## Programas de consulta y colaboración

- Consulta de salud mental a otros profesionales: pacientes, programas o problemas administrativos.
- Creación y/o refinamiento de programas de atención a problemas psicosociales.
  - ✓ Protocolos de información.
  - ✓ Grupos de apoyo para enfermos y sus familiares.
- Entrenamiento en las habilidades profesionales ligadas a esos programas.
- Supervivencia de los programas dentro de una institución.

# Estrategias en TFM -1

## Definición de las condiciones de trabajo

- Condiciones sociales y técnicas de la intervención.

## Creación de la relación

- La relación como alianza de trabajo.

## Evaluación de los problemas

- Evaluar conductas y pautas de interacción concretas.
- Circularidad: El problema en su contexto.
- Se evalúan diferencias.
- La evaluación como hipótesis.
- Al evaluar el cambio se presupone.
- Evalúe recursos, no sólo problemas.
- Evalúe el guión que se creó en el momento del diagnóstico.



# Estrategias en TFM -2

## Estrategias de intervención

- Presuponga el cambio.
- Dé información sobre el problema.
- Rectifique los mensajes negativos de otros profesionales.
- Escuche la historia del cliente.
- Promociones recursos.
- Cambio lento y mínimo.
- La terapia como un programa.
- Cambios conductuales.
- Proceda de lo simple a lo complejo.
- Metas a corto plazo: Cambio en la entrevista.
- Metas a largo plazo: Romper pautas disfuncionales.
- Construya una imagen positiva, una imagen de recursos.
- Fortalezca la red social.
- Evite plantear la intervención como "tratamiento psicológico".



# Estrategias en TFM -3

## **Estrategias generales a largo plazo**

- En problemas irresolubles: facilitar la respuesta emocional.
- En problemas solucionables: estrategias centradas en el problema.
- Información sobre la enfermedad.
- Aumentar el AS.

## **Estrategias a corto y largo plazo**

- Revisar el afrontamiento:
  - mensajes institucionales y en el momento del diagnóstico.
  - Historia de la familia con la enfermedad.
  - Crear un guión de esperanza y de control.
- Revisar la carga del cuidador primario
- Poner la enfermedad en su lugar.

# Consulta de atención primaria a familias: TFMédica -1

## Contenidos de la intervención

- Problemas específicos tal y como los define la familia.
- Relación de los problemas con la dinámica de la familia.
- Relación de los problemas con las instituciones.
- "Poner la enfermedad en su lugar".
- Normalización.
- Estado de la red de relaciones.
- Estado del cuidador primario.
- Expresión de sentimientos.
- Proyección al siguiente momento evolutivo.

# Consulta de atención primaria a familias: TFMédica -2

## **Estrategias**

- Solución de problemas o expresión de sentimientos.
- Revisión de estrategias.
- Potenciación (creación) de la red de relaciones.
- "Poner la enfermedad en su lugar".

## **Procedimiento de creación del programa**

- Conocimientos sobre los fenómenos familiares ligados a la presencia de una enfermedad grave, y de las habilidades específicas de intervención.
- Creación de dispositivos de atención a familias.
- Alternativamente, reciclaje de los profesionales para el tratamiento de familias con miembros enfermos.

# Apoyo psicosocial a familias-1

## Tipos de intervención

- Grupo de referencia (animación).
- Actividades sociales (excursiones, comidas, etc.)
- Programas de apoyo psicosocial (respiro, emparejamiento, etc.)

## Contenidos

- Reunión semanal de contenido libre.
- Animación del contacto mediante todo tipo de actividades conjuntas.
- Programas de atención básica y de necesidades específicas de la población con la que se trabaje.



# Apoyo psicosocial a familias -2

## Estrategias

- Aumentar el contacto social.
- Cumplimentar necesidades básicas y peculiares de la población con la que se trabaja.
- Utilización de personal voluntario.

## Procedimiento de creación del programa

- Los profesionales asesoran a las asociaciones sobre la necesidad de crear los programas.
- Los programas se gestionan directamente desde grupos de padres voluntarios.
- Se resistirá la tentación de incorporar estos servicios a la planificación de instituciones de ámbito local, autonómico o central.

# Intervención en momentos de transición

## Experiencias grupales de contenido estructurado

Contenidos: Información sobre tareas y habilidades ligadas a la transición.

Temas ligados a los intereses del grupo.

Airar y compartir sentimientos.

"Poner la enfermedad en su lugar".

Potenciar (crear) la red de relaciones.

Revisión de las estrategias de afrontamiento.

Estrategias: Educativas. Abreactivas. Revisión de estrategias de afrontamiento. Normalización. Utilización de formatos de grupo.

Procedimiento de creación del programa: Conocimiento de la dinámica de la familia con un enfermo a través del ciclo evolutivo.

TF aplicada a las familias con un enfermo.

Creación de dispositivos de atención a familias, alternativamente *reciclaje* de los profesionales para tratar los problemas de estas familias.

# Cronicidad: Pacientes y sus familias

Tienen que enfrentar las consecuencias a largo plazo de un estresor crónico:

- Física y psicológicamente exhaustos.
- Interferencias con hábitos de la vida diaria y con prioridades vitales.
- Estado de la red social:
  - ✓ Familia: alta EE y aislamiento social.
  - ✓ Profesionales: actitudes pasivo-evitativas.
- Problemas de etiquetado.
- Dependencia de los profesionales.
- Necesidad de cuidados a largo plazo de profesionales y de la red social.
- Beneficios secundarios.



# Cronicidad e Intervenciones psicoeducativas

- Las estrategias psicoeducativas reducen la aparición de trastornos mentales en el primer año de aplicación.
- Las ventajas de disponer de relaciones sociales se hacen evidentes a partir del primer año.
- Las relaciones aunque sean superficiales, tienen ese efecto de prevención de trastornos mentales.
- Las intervenciones psicoeducativas multi-familiares tienen un bajo costo tanto económico como profesional, no necesitan de profesionales con un alto nivel de cualificación.
- Los formatos psicoeducativos mejoran las habilidades sociales de los participantes.
- Son especialmente aptos para contextos asistenciales.



# Rehabilitación psicosocial de enfermos físicos crónicos-1

## Criterios de inclusión

- Enfermos crónicos.
- Homogeneidad en la gravedad de la enfermedad.
- Heterogeneidad en el diagnóstico.
- No se incluyen pacientes psiquiátricos, ni terminales.

## Problemas encontrados

- Los pacientes crónicos son difíciles de reclutar.
- Las experiencias de ocho entrevistas pueden ser muy largas para ellos.
- Rechazan tratamientos psicológicos.
- No tienen un vocabulario psicosocial consensuado que traduzca la experiencia por la que están pasando.

# Rehabilitación psicosocial de enfermos físicos crónicos-2

| Componente educativo   | Problemas familiares  | Componente afectivo  |
|--|---|--|
| <p>3 entrevistas.<br/>3ª: conferencia sobre familia y enfermedad.<br/>Metáfora: poner la enfermedad en su lugar.<br/>El tema de la identidad familiar: modos de afrontar la enfermedad; hábitos, rutinas y prioridades</p> | <p>3 entrevistas. Dos familias en cada entrevista<br/>Se revisa el significado de un hábito, prioridad familiar y cómo ha resultado afectado por la enfermedad<br/>El grupo discute alternativas<br/>Poner la enfermedad en su lugar.</p> | <p>2 últimas entrevistas<br/>Tema: enfermedad y expresión de emociones<br/>Respuestas emocionales de las distintas familias<br/>Conclusiones de la experiencia</p> |

# La información crea un guión

- En una situación de crisis el efecto de la información no depende de su cantidad, calidad o tiempo, sino más bien del estado de crisis de los sujetos que reciben la información.
- Una persona en crisis se caracteriza por la pérdida de juicio crítico, por la sugestionabilidad y la dependencia del contexto: *No es libre de rechazar la información que recibe.*
- **La información genera un guión.** Lo recibido en este contexto de crisis tiene una gran posibilidad de determinar la relación de la persona con el problema a largo plazo (roles, estrategias de afrontamiento y respuesta emocional).
- La información es tanto verbal como no-verbal; ambas tienen la capacidad de producir el mismo efecto.



# Intervención en el momento del diagnóstico: Protocolos de información

## Contenidos de la información

- Información médica.
- Información psicosocial.
- Expresión de emociones.

## Estrategias

- Educativas.
- Experienciales.
- Abreactivas.
- Utilización de distintos formatos de grupo.

## Procedimiento de creación del programa

- Entrenamiento en dar "malas noticias".
- Conocimiento de la dinámica de las situaciones de crisis.



# Reglas para dar un diagnóstico serio -1

Observe las siguientes estrategias

Informe, promueva el control, sea realista, no mienta pero infunda esperanza

El comienzo:

- Elija el contexto adecuado
- Negocie quién debe estar
- Las primeras palabras

Averigüe lo que sabe el paciente

Clarifique cuánto quiere saber el paciente

# Reglas para dar un diagnóstico serio -2

## Comparta información (alineamiento y educación):

- Decida su agenda (diagnóstico, tratamiento, plan, prognosis, apoyo).
- Comience desde lo que el paciente sabe (alineamiento).

## Eduque:

- ✓ Dé información en dosis pequeñas.
- ✓ Utilice un lenguaje accesible, no médico.
- ✓ Compruebe si llega la información, clarifique.
- ✓ Refuerce la información, clarifique.
- ✓ Compruebe su nivel.
- ✓ Escuche la agenda del paciente.
- ✓ Trate de compaginar su agenda con la del paciente.

# Diagnóstico: Protocolo individual

- Primera consulta.
- Reglas para dar el diagnóstico.
- Información sobre diagnóstico y pronóstico.
- Información sobre el tratamiento:
  - Efectos primarios y secundarios.
  - Tratamiento de choque y de mantenimiento.
- Medidas complementarias.
  - Estilo de vida: ejercicio, dietas, rehabilitación, etc.
- Información psicosocial:
  - Influencia de la enfermedad en el paciente y en *todos*.
  - Recursos sociales disponibles para el enfermo y su familia.

# Diagnóstico: Protocolo grupal -1

## Observe las siguientes estrategias:

- Dé la información a partir de una experiencia
- Dé la información psicosocial generando primero un cierto clima emocional en el grupo
- Elija el formato de grupo adecuado
- Fomente el control de la enfermedad
- Sea realista, no mienta, no dé más esperanzas de las razonables; enfatice los aspectos positivos
- Facilite las preguntas y la discusión grupal
- Utilice un sistema de módulos: información médica y psicosocial y expresión de emociones
- Añada la información específica de la enfermedad



# Diagnóstico: Protocolo grupal -2

- Información sobre diagnóstico y pronóstico.
- Información sobre el tratamiento:
  - Efectos primarios y secundarios.
  - Tratamiento de choque y de mantenimiento.
- Medidas complementarias:
  - Estilo de vida: ejercicio, dietas, rehabilitación, etc.
  - Relajación, masaje, fantasía guiada.
- Información psicosocial:
  - Influencia de la enfermedad en *todos*.
  - Recursos sociales disponibles para el enfermo y su familia.
- Expresión de emociones:
  - Utilización de recursos artísticos.

# Fenómenos ligados a la enfermedad de Huntington

## Pre-selección del paciente

- Contiene la ansiedad familiar: porque ya *saben* quién heredará la enfermedad.
- Resuelve la ambivalencia hacia el padre afectado: el *seleccionado* carga con los sentimientos.
- El *seleccionado* detiene su desarrollo.
- Producida la *selección*, resulta difícil que la familia perciba los síntomas en otro(s) miembro(s).

# Fenómenos ligados a la enfermedad de Huntington-2

## Negación de la enfermedad

- Colusión familiar para negar los síntomas una vez se manifiestan.
- La negación como respuesta adaptativa.
- El papel de la esperanza.

## La inducción al suicidio

- Un 30% se ha intentado suicidar.
- En los intentos se descubren presiones del sistema que no deja otra alternativa.
- Profesionales y familiares se coluden para inducir el suicidio.

# Cáncer y cronicidad: Estrés y estrategias de afrontamiento

## Factores de estrés:

- 41%, miedo e incertidumbre
- 24%, limitaciones físicas, apariencia física, cambios en el estilo de vida
- 12%, manejo del dolor

## Estrategias de afrontamiento:

- AS y estrategias directas de solución de problemas
- Distanciamiento
- Centrarse en las consecuencias positivas
- Evitación -"escape cognitivo"
- Evitación -"escape conductual"



# Cáncer y cronicidad: Estrategias de afrontamiento

|  |  |
|--|--|
| AS y estrategias directas de solución de problemas | <i>Hablo para saber más sobre la situación</i>         |
| Distanciamiento                                    | <i>No dejo que me invada</i>                           |
| Centrarse en las consecuencias positivas           | <i>He salido de la experiencia mejor de como entré</i> |
| Evitación -"escape cognitivo":                     | <i>¡Ojalá desaparezca!</i>                             |
| Evitación -"escape conductual":                    | <i>Comiendo, bebiendo, durmiendo</i>                   |

# Cronicidad y crisis:

## Tipos de crisis

- ✓ De cuidados: por demandas de la enfermedad múltiples y altas.
- ✓ Normativas de la familia, de los individuos y de la enfermedad.
- ✓ Crisis con (o entre) profesionales y con (o entre) instituciones.

# Cronicidad y crisis. La respuesta familiar

## Primeras crisis

- Para la familia la situación es nueva.
- Necesitan un mapa cognitivo de la situación.
- Primero resolver el problema, después apoyo emocional.
- La información crea un guión.
- Tienen que decidir entre dos identidades.

## Crisis de la cronicidad

- La repetición confirma la identidad.
- Duelo por las pérdidas.
- Aumento de la desesperanza. El problema se hace eterno.
- Condiciones progresivas: Más discapacidad, el final se aproxima. Las necesidades de cuidado se incrementan, posibilidad de una crisis de cuidados.
- Problemas de dos velocidades.

# Cronicidad y crisis

## Profesionales

- Los profesionales de salud mental no suelen intervenir en las condiciones crónicas, sólo en situaciones de crisis.
- Estado de la red de profesionales:
  - ✓ Diferentes tipos de profesionales intervienen al mismo tiempo.
  - ✓ Problemas comunes: carencia de programas psicosociales. Los problemas no se resuelven. No se les reconoce. Carencia de motivación. Descoordinación. Confrontaciones. Soluciones improductivas. Se queman. No suelen utilizar la red social de la familia.
  - ✓ Crisis en una condición crónica: Se intenta solucionar el problema y se pasan por alto sus consecuencias psicosociales.



# Condiciones crónicas: Profesionales

## Crisis en el contexto de un problema crónico

### Intervención en redes

- Coordinación de la red.
- Re-compromiso de todos los implicados.
- Validación de todos los implicados.
- Solución de problemas.
- Apoyo al cuidador primario.
- Apoyo a largo plazo.

## Rehabilitación Psicosocial

- Poner la enfermedad en su lugar.
- Revisión de las estrategias de afrontamiento.
- Funciones paliativas.
- Sistema de respiro.
- Remisión a grupos de auto-ayuda.
- Los pacientes son los expertos.

# Cronicidad y crisis: El papel del apoyo social

- Contiene y apoya (en oposición a la solución de problemas).
- Primeras crisis: La red social está en expansión y potenciada.
- En condiciones crónicas: La red social colapsa hasta la familia nuclear.
- Familia y red social: ambos ofrecen apoyo funcional y emocional.
- Profesionales: dan información y toman decisiones.
- El AS no siempre es positivo.

# Conclusiones

1. Curso del estresor y modelo psicosocial de cambios.
2. Estresor crónico: Crisis y significado.
3. Padres y hermanos: funcionalidad y normatividad.
4. El papel de la rehabilitación.
5. La interferencia en los procesos normativos.
6. La familia a dos velocidades.
7. Erosión del AS, el AS negativo.
8. Profesionales: Evitación y agotamiento.
9. La intervención en red.

# Crisis: Familias y profesionales

## Familias

- ✧ Se rompe la vida cotidiana.
- ✧ Dependencia de los profesionales.
- ✧ Sugestionabilidad.
- ✧ Solución de problemas.
- ✧ Pérdida de identidad.
- ✧ Se movilizan recursos (sociales).

## Profesionales

- Las crisis constituyen sus trabajo cotidiano y se sienten obligados a resolverlas.
- Descoordinación.
- No distinguen entre los dos tipos de crisis.
- Los aspectos psico-sociales suelen ser pasados por alto.



# Crisis

## Redes profesionales

- Trabajan en crisis de forma rutinaria.
- Se supone que han de resolver la crisis.
- Utilizan intervenciones breves y orientadas a la solución del problema.
- Generalmente hay diferentes tipos de profesionales descoordinados entre si.
- No suelen distinguir entre primeras crisis y crisis de la cronicidad.

## Redes familiares y sociales

- Primeras crisis: Movilización emocional y funcional intensa.
- Crisis en la cronicidad: Movilización intensa de la familia nuclear, la red social colapsa.

# Crisis: Reacción post-impacto

- Fase de *shock*.
- Fase de confusión:
  - Pérdida de la atención y del estar centrado.
  - Problema de acceso a los recuerdos positivos.
  - Juicio y toma de decisiones deficientes.
  - Difusión o confusión del yo.
  - Efectos sobre el funcionamiento cognitivo del aumento de las necesidades de afiliación y de la sugestionabilidad.
  - Interferencia de los afectos y de humor en las cognición.
  - Efectos de la fatiga en la cognición.

# Crisis: Resumen

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <p>Primeras crisis</p>         | <ul style="list-style-type: none"><li>-Embotamiento, emocional, terror, negación</li><li>-Funcionamiento cognitivo errático</li><li>-Movilización de la red.</li><li>-AS como mediador</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>-Información</li><li>-Búsqueda de mensajes enmarcadores</li><li>-Relato de la crisis y búsqueda de significado</li><li>-Coordinación de la red</li><li>-Estrategias de solución de problemas</li></ul> |
| <p>Crisis de la cronicidad</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>-Fenómenos de doble velocidad</li><li>-Red en colapso</li><li>-Pérdida de motivación, profesionales quemados</li></ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>-Coordinación y re-motivación de la red</li><li>-Estrategias expresivas</li></ul>  |

# Crisis: Reacciones-1

- **Negación.**
- **Reacciones afectivas:**
  - Sensación de falta de sentido.
  - Ansiedad y vulnerabilidad.
  - Pensamientos e imágenes intrusivas.
  - Pesadillas y trastornos del sueño.
  - Vergüenza, (auto)culpabilización, amargura, cólera.
  - Culpa del superviviente.
  - Aislamiento y soledad.
  - Miedo a los espacios cerrados o abiertos.
  - Miedo a que todo pueda ocurrir de nuevo.



# Crisis: Reacciones-2

## Reacciones conductuales:

- Inhabilidad a la hora de tomar decisiones.
- Acciones impulsivas.
- Irritabilidad y falta de concentración.
- Cólera y violencia.
- Trastornos del sueño.
- Retraimiento y aislamiento.

## Reacciones físicas:

- Enfermedades.
- Apatía.
- Excitabilidad e hiperactividad.
- Incremento o ausencia de deseo sexual.

## Cambios en valores y creencias:

- Pérdida de la fe y del sentido
- Problemas con las relaciones.
- Recuperación de la fe y del sentido.

# Crisis: Familias y profesionales

## Familias

- ✧ Pérdida de lo cotidiano
- ✧ Dependencia de los profesionales.
- ✧ Sugestionabilidad.
- ✧ Solución problemas
- ✧ Pérdida identidad.
- ✧ Movilizan recursos de su red social.

## Profesionales

- La crisis *es* lo cotidiano y *tienen* que resolverla.
- Intervenciones para solucionar el problema
- Descoordinación.
- No distinguen la salida de la crisis.
- Olvidan lo psicosocial y el papel de la red social.

# Crisis: Papel de la Red Social de la familia

- Familia extensa y red amigos: Apoyo funcional, emocional, información de recursos.
- Profesionales: Información, solución de la crisis y ayuda en la toma de decisiones.
- Red social en expansión y potenciada.